

ТЕМА НОМЕРА

Стандарты GMP: отсрочки не давать? ▶ 5

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Государственное регулирование

Минздрав: наша задача – оптимизировать неэффективные расходы ▶ 8

Спасение пациента не освобождает врача от ответственности ▶ 9

ФАРМРЫНОК

Государственное регулирование

Законодательные тренды ▶ 10

В лечении должны применяться качественные лекарства ▶ 10

Лицо фармации

Инна Стоярова: главное в аптеке – специалисты ▶ 2

Мониторинг

Аптечные продажи ноотропных

лекарственных средств ▶ 3

Аптечные продажи препаратов, применяемых при боли в горле ▶ 3

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

Как бороться с целлюлитом? ▶ 22

АПТЕКА

Фактор успеха

Исследование аптек района Восточное Дегунино

Одна дежурная аптека – на сто тысяч жителей района! ▶ 16

Правовая поддержка

КоАП: какие нововведения нас ожидают в 2014 г. ▶ 12

Управление

Журналы учета – в электронную форму ▶ 15

Визитная карточка

Фармацевт должен иметь знания и колоссальное терпение ▶ 23

Кадры

Необходимо разработать профессиональные стандарты ▶ 14

Консультации

Увеличение среднего чека в сезон простуд ▶ 18

МА № 11/13 примет участие в 6 мероприятиях

СТАНДАРТЫ GMP: ОТСРОЧКИ НЕ ДАВАТЬ?

Возможно, опасение за судьбу не отвечающих требованиям стандартов предприятий заставило депутатов Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья выступить с предложением о переносе сроков внедрения стандартов GMP в отношении производства лекарственных средств и медицинских изделий на 2015 г.

Тема перехода на стандарты GMP – одна из самых обсуждаемых сегодня, когда эксперты и участники фармрынка готовятся подводить итоги года. Разговоры о переходе российской фармпромышленности на стандарты надлежащей производственной практики ведутся в нашей стране с 1991 г.

Согласно Федеральному закону №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», введение стандартов GMP в полном объеме предусмотрено с 1 января 2014 г. Времени остается немного.

Факт первый: часть предприятий уже давно работают по стандартам GMP

С одной стороны, из 450 российских предприятий, осуществляющих деятельность по производству лекарственных средств, только 10% работают в соответствии с требованиями GMP, у 40% соответствуют правилам отдельные производственные участки, у 50% – процесс перехода не начинался. Такие данные привел генеральный директор ЗАО «ФармФирма «Сотекс» Виталий Смердов на V осенней сессии «Что происходит на фармацевтическом рынке?».

Председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников заметил на пресс-конференции в середине сентября: «Что же, введение GMP с 2014 года означает, что остальные 300 предприятий (по его данным, из 350 отечественных компаний только 50 работают по правилам, близким к GMP) должны быть закрыты? А как же «Фарма-2020», указания Президента РФ о том, что мы должны отечественную фармацевтику поднять на мировой уровень? В этих условиях нам придется в ходе осенней сессии рассмотреть вопрос о переносе GMP хотя бы на 2015 год».

С другой стороны, по данным Министерства промышленности и торговли РФ, 20% ведущих фармпредприятий производят 80% продукции в условиях GMP. И если с рынка уйдут предприятия, не способные по разным причинам перевести производство на международные стандарты, это не должно нанести рынку серьезного ущерба. Генеральный директор Ассоциации Российских фармпроизводителей Виктор Дмитриев согласен с этим, в качестве примера приводя опыт Украины, «где после введения стандартов GMP с рынка ушло порядка 30% производителей, однако украинский фармпром от этого не рухнул».

Факт второй: стандарты были всегда

Приказ Минпромторга России «Об утверждении Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств» подписан министром Денисом Валентиновичем Мантуровым 10 октября 2013 г.

Стандарт GMP (Good Manufacturing Practice – надлежащая производственная практика) – система норм, правил и указаний в отношении производства лекарственных средств, медицинских устройств, изделий диагностического назначения, продуктов питания, пищевых добавок и активных ингредиентов. В отличие от процедуры контроля качества путем исследования выборочных образ-

цов таких продуктов, которая обеспечивает пригодность к использованию лишь самих этих образцов (и, возможно, партий, изготовленных в ближайшее к данной партии время), стандарт GMP отражает целостный подход и регулирует и оценивает совершенно параметры производства и лабораторной проверки. GMP определяют параметры каждого производственного этапа – от материала, из которого сделан пол в цехе, количества микроорганизмов на кубометр воздуха до одежды сотрудников и маркировки, наносимой на упаковку. Правила GMP устанавливают требования к системе управления качеством, персоналу, помещениям и оборудованию, документации.

Но было бы странным предположить, что до этого момента фармпредприятия работали без каких-либо стандартов и правил. В России правила GMP действуют уже давно, только называются по-другому. В феврале 1998 г. вступил в силу совместный приказ Минздрава и Минэкономики России о введении в действие стандарта отрасли ОСТ 42-510-98 «Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств», который устанавливал, что с 1 июля 2000 г. приемка в эксплуатацию вновь созданных и реконструированных предприятий – производителей лекарственных средств и фармацевтических субстанций, выдача этим предприятиям лицензий на производство, хранение и распространение продукции осуществляются лишь в случае соответствия стандарту GMP в его российском варианте.

Российский стандарт GMP был подготовлен Ассоциацией инженеров по контролю микрозагрязнений (АСИНКОМ).

Принятые в 2013 г. Правила – это перевод текста европейских правил с теми или иными изъятиями и использованием отечественных терминов, характерных для российской правовой терминологии. В Интернете можно даже встретить аналитику, посвященную неточностям перевода правил с английского языка на русский.

Факт третий: требуется надзор

Соответствие стандартам GMP, эксперты высказывают и такое мнение, не гарантирует, что фармпредприятия будут выпускать безопасные и качественные лекарства. Стандарты, по выражению известного эксперта на фармрынке Давида Мелик-Гусейнова, «это живые правила, они обновляются ежедневно, и, дотяги-

ваясь до определенной планки, понимаешь, что правила ушли далеко вперед. Необходимо иметь постоянную культуру обновления стандартов производства на российских фармзаводах».

Тимофей Нижегородцев, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы РФ так озвучил позицию своего ведомства: «Функции надзора должен будет выполнять государственный инспекторат, который пока не создан, непонятно, кто в него войдет, какими полномочиями он будет наделен». А пока... «при регистрации лекарственных препаратов каждая компания должна вкладывать в регистрационное досье добровольное согласие на инспекцию своих производственных мощностей».

Виктор Дмитриев опять же ссылается на опыт Украины, «где наряду с Гослесслужбой действует GMP-центр, специалисты которого привлекаются к инспекциям фармацевтических предприятий, как в стране, так и за границей».

Факт четвертый: что будет с остальными фармпредприятиями?

Судя по заявлениям ключевых ведомств, занимающихся вопросами внедрения GMP, 1 января будущего года не наступит час X для фармпредприятий, не соответствующих стандартам GMP, их не закроют в одночасье.

Генеральный директор аналитической компании DSM Group Сергей Шуляк считает, что после десяти лет, в течение которых отодвигался срок введения обязательных стандартов GMP под предлогом неготовности, пора, надо начинать. «Только не нужно действовать сгоряча и закрывать те заводы, на которых нет GMP. Такие заводы есть и у зарубежных компаний, а не только у российских. Есть много вариаций поэтапного внедрения стандартов GMP, которые не были бы столь болезненны, как предлагаемый вариант перехода на GMP всех и сразу», – замечает он и предлагает, «например, вначале сделать стандарты надлежащей производственной практики обязательными только для компаний, участвующих в госзакупках».

Можно ответить на вопрос о готовности российской фармацевтической промышленности к внедрению стандартов GMP по-разному, делая акцент на определенных фактах. Но вопросов, требующих ответа, и хорошо бы до наступления нового года, остается множество. Когда начнет работу инспекторат? Признают ли этот институт за рубежом? Будут ли закрыты предприятия, которые не соответствуют стандартам GMP? А если останутся на рынке, то на каких условиях?

Но ключевые участники фармрынка – Минпромторг, представители предприятий, профессиональные ассоциации и эксперты, не согласны с Сергеем Калашниковым, они уверены, что отсрочка внедрения стандартов GMP хотя бы на год – это путь в никуда. Будет поставлена под вопрос реализация государственных программ, направленных на развитие отечественной фармацевтической промышленности. Игроки фармрынка подчеркивают, что год ничего не изменит. Кто хотел, на стандарты GMP уже перешел. Большинство системообразующих фармпредприятий уже имеют стандарты, систему контроля качества, процедуру аудита. А кто не смог или не захотел, не сделает этого и в период отсрочки.

ГЛАВНОЕ В АПТЕКЕ – СПЕЦИАЛИСТЫ



В городе Электростали более полувека работает аптека, дающая и врачам, и пациентам не рекламу, а знания. Ученые приезжают сюда выступать на конференциях для врачей и фармацевтов. Жители города – за грамотными консультациями и препаратами, приготовленными здесь же, в рецептурно-производственном отделе. В аптеке часто можно услышать, как фармацевт или провизор советуют, с каких врачей и медицинских обследований лучше начать лечение.

Сегодня в гостях у «МА» человек, благодаря которому 21-я аптека города Электростали остается неповторимой, сохраняя и приумножая доверие врачей и пациентов. На вопросы корреспондента отвечает директор ФГУП «Аптека№21» г. Электростали, лауреат премии «Лучший провизор года», заслуженный работник здравоохранения РФ Инна Ивановна Столярова.

Инна Ивановна, Ваша аптека – единственная в городе – проводит врачебно-фармацевтические конференции. Насколько активно интересуются ими врачи?

Такие конференции были очень интересны медикам еще в советские годы. А мы возродили традицию, и уже несколько лет вновь проводим их. В наше время это – жизненная необходимость. Со всех сторон врачей осаждает реклама. Медицинские представители из различных фармкомпаний приходят и говорят об одном и том же – о достоинствах своих препаратов. А сведения, действительно нужные врачу, не всегда доступны ему.

Врачебно-фармацевтические конференции посвящены не рекламе лекарств, а темам, общим для медицины и фармации. Мы проводим их ежегодно. На предыдущих конференциях говорили о витаминах, БАД, гомеопатии. А в этом году, 13 ноября, обсуждали современные возможности биомедицины в решении проблем оздоровления и продления жизни человека. Мы пригласили из Москвы доктора фармацевтических наук, профессора, генерального директора ЗАО «Медминипром» Ларису Валентиновну Гладских – нашу коллегу, которая смогла организовать собственное фармацевтическое предприятие и при этом продолжает серьезную научную деятельность.

Чтобы врачам было действительно интересно, мало быть просто провизором или фармацевтом. Нужно понимать тех, с кем будешь говорить. Без этого невозможно завоевать доверие аудитории. И все-таки мы все – и провизоры, и врачи – учились в одних и тех же вузах. И задача у нас общая – здоровье пациента. Врачи активно откликаются на наши предложения и с удовольствием участвуют в совместных конференциях.

Информация и реклама – разные вещи. Да, реклама – двигатель торговли, но для лечения нужна именно информация.

В наших условиях информация нужна не только врачу, но и пациенту. Вопрос в том, верная ли она...

Если человек заботится о себе и хочет знать правду о своем здоровье, он ищет информацию в самых разных источниках. Общается и с врачом, и с фармацевтом, ищет статьи в Интернете. А потом сравнивает полученные сведения. Но часто бывает, что фармацевт работает за вырчку. То есть его доход зависит от того, сколько лекарств он продаст. Стоит ли верить ему? Догадаться, насколько важен для аптеки «средний чек», несложно по поведению фармацевта или провизора. Очень многие пациенты понимают, когда им пытаются навязать ненужный препарат. Но возможности проверить свои предположения вовремя, в аптеке, а не во время лечения и приема препаратов, у них нет. Когда мы приобретаем лекарства, трудно определить, качественные они или нет, в отличие от покупки продуктов.

А потом это выясняется в процессе лечения...

Когда человек вынужден экономить на всем, главное для него – чтобы лекарство стоило дешевле, чем в других аптеках города. Но иногда купленные за полцены таблетки оказываются фальсифицированными, и в лучшем случае просто не помогают. Врач-эндокринолог пожаловался нам, специалистам, что некоторые его пациенты, покупая назначенные им гормоны, приобрели их по пути с работы в случайных аптеках, а после курса лечения не получили эффекта.

Что можно в таких случаях посоветовать больным и врачу?

Пользуйтесь услугами надежной аптеки!!! Видимо, фармацевтическому сообществу надо активнее бороться за то, чтобы лекарства отпускали только квалифицированные специалисты, а аптек было столько, чтобы хватило нас – фармацевтов.

Но в силу жизненных обстоятельств люди ищут, где дешевле. И даже во время лечения не всегда могут догадаться, какого качества препараты. Например, у человека «простуда». Он пришел в аптеку, сделал покупки, выздоровел. Что ему помогло? Лекарства? Или организм справился с болезнью сам?

Как борется с поддельными и некачественными лекарствами Ваша аптека?

Получить хороший препарат – еще не значит продать хороший препарат. Все зависит от того, насколько пра-

вильно работает аптека. Мы очень серьезно занимаемся профилактическим контролем качества. В аптеке назначены два уполномоченных по качеству – это провизоры, имеющие сертификаты по контролю качества Российского университета дружбы народов. Аптека полностью автоматизирована, что позволяет отслеживать забракованную продукцию в момент поступления медикаментов в аптеку. С 2009 г. аптека участвует в мониторинге цен всей поступающей продукции Росздравнадзора, в т.ч. и по перечню ЖНВЛП.

Работа с поставщиками – важный раздел в системе обеспечения качества. Мы работаем только с официально признанными национальными дистрибуторами, входящими в десятку лучших: «ЦВ Протек», «СИА Интернейшнл», «Катрен», «Ориола» и т.д. Но важным является контроль хранения всей поступившей продукции. Санитарно-гигиеническое состояние аптеки, профессионализм фармацевтического персонала, оборудование, условия хранения, чистота, комфортность, температурный режим с помощью кондиционеров и холодильников – это залог качества реализуемой продукции. Для доставки в аптечные пункты препаратов, требующих особых условий хранения, используются сумки-холодильники, что позволяет не нарушать температурный режим. По результатам оценки работы, в т.ч. и по контролю качества, наша аптека была удостоена звания «Лауреат конкурса «100 лучших товаров и услуг России». Я как руководитель аптеки была удостоена звания «Лучший провизор года».

В 2013 г. аптека получила диплом в номинации «Профессионализм фармацевта» на Всероссийском фестивале «Аптека года 2013».

Скоро фармпроизводство должно перейти на стандарты GMP. Поможет ли это аптеке и пациенту?

Должно помочь. Я была на заводах, работающих по стандартам надлежащей производственной практики. Контроль качества там – на каждом этапе. А у цеха, где ведется контроль, такая же мощность, как у цеха, где производят препараты.

Проще всего внедрить GMP на заводе, который еще строится. С предприятием, которое уже работает, сложнее. Где найти огромные помещения для цехов, проводящих контроль? Только перестраивать здания. Полностью. Затраты будут огромными.

Стандарты надлежащей практики нужны и производителям, и аптекам. К соблюдению требований надлежащей аптечной практики (GPP) фармация готова больше, чем промышленность – к внедрению правил GMP. Несмотря на то, что наша страна еще не переходила на правила GPP, многие аптеки уже соответствуют этим требованиям.

Наверное, перевод аптек на стандарты GPP – меньшая проблема, чем выписка рецептов по МНН...

Там, где работают специалисты, выписка препаратов по МНН – не проблема. Любой специалист в аптеке знает, что такое МНН. Если фармацевт работает на зарплату, а не на вырчку, он поможет пациенту выбрать именно то лекарство, которое ему необходимо. Главное, чтобы материальное благополучие аптечного работника не зависело от выручки, а квалификация позволяла помочь пациенту.

Фармацевт и провизор, получившие рецепт с МНН, должны квалифицированно помочь больному. Во-первых, вначале предложить оригинальный препарат. Во-вторых, обязательно спросить покупателя, какими лекарствами он лечился раньше и насколько эффективными они были. Если врач не сказал пациенту, какой из препаратов – представителей МНН – ему подойдет, это должны сделать сотрудники аптеки.

А если пациент пришел без рецепта и не просит совета у фармацевта, а сразу же называет конкретный препарат?

Даже когда человек сразу же просит лекарство безрецептурного отпуска, наш фармацевт задаст ему несколько вопросов. Первый из них: «Когда вы заболели?» Пациента спросят, какая у него температура, какие препараты он уже принимал. Знающий специалист не может равнодушно относиться к людям. Он постарается, чтобы они не навредили себе.

Слышали, как наша сотрудница говорила с человеком, который хотел приобрести глюкометр? Она задала вопросы и поняла, что, может быть, аппарат и не потребуется. Или будет необходим, но позднее – и к этому времени будет ясно, какой глюкометр приобрести. И отговорила пациента от покупки, посоветовав ему обратиться к врачу-специалисту. В аптеке, где важен «средний чек», ситуация могла быть другая: «Берите этот аппарат, он самый лучший, его производит замечательная фирма».

А что все-таки главное в работе аптеки?

В работе аптеки много слагаемых, но главное в ней – специалисты. Надо собрать коллектив. Когда он уже есть, проще решать задачи, которые поставлены перед аптекой. Со временем отсеиваются люди, которые этим задачам не соответствуют. Они просто уходят. Чтобы фармацевт или провизор чувствовали себя комфортно, у них должно быть правильное отношение к пациенту и... хорошие знания.

Есть ли это у молодых специалистов?

Мне очень трудно судить. Сейчас молодые специалисты редко идут в аптеки. И работать сложно, и зарплата не очень... Получив диплом провизора, идут, например, медпредставителями. Это очень востребованная профессия, и зарплата совершенно на другом уровне, чем в аптеке.

Выбирать будущую профессию приходится очень рано. Когда тебе 17 лет, сориентироваться достаточно сложно. Главное, чтобы то, чему ты посвятил годы учебы, потом не разочаровало тебя. Я с детства интересовалась медициной, но решила изучать фармацию, и ни разу не было моментов разочарования.

Сейчас обсуждают предложение вернуть распределение выпускников. Молодых провизоров хотят направлять в аптеки сразу же после диплома, чтобы они три года работали «по назначению». Поможет ли это фармации, которой так не хватает специалистов? Мне кажется, да. Бывает так, что человек приходит на работу «по назначению» и... приживается на новом месте.

Из-за нехватки кадров аптеки и исчезают?

Исчезают не аптеки вообще, а старые, классические аптеки с рецептурно-производственными отделами. Часто их закрывают из экономических соображений. Но в небольшом городе должна оставаться хотя бы одна аптека, где пациент может приобрести лекарства, которые не выпускает промышленность. А это препараты с маленькими сроками годности – 10 дней, месяц. Ни один фармпроизводитель ими заниматься не будет, а людям они необходимы. Например, микстуры для самых маленьких детей. Пока в наших аптеках закрывают производство лекарств, Европа говорит об индивидуальном подходе к каждому больному. Если идея приживется в нашей стране, то производственные аптеки, которые выживут, могут стать очень востребованными.

Несмотря на все трудности, аптекам надо сопротивляться. Они слишком легко идут на то, на что их вынуждает экономика. Кто-то закрывает рецептурно-производственные отделы, кто-то размещает препараты в открытой выкладке. У нас в открытом доступе – только парафармацевтика, средства гигиены. Лекарства никогда не будут лежать рядом с ними, чтобы пациент не мог взять их, минуя фармацевта, не поговорив с ним. Самолечением люди наносят себе непоправимый вред, и мы хотим защитить их от этого.

А можно ли защитить сами аптеки?

Для этого необходимо повысить значимость профессии. Чтобы аптеки не превращались в магазины, а магазины не становились аптеками. Сегодня профессия незаслуженно забыта. Во многом к этому привела торговля лекарствами, которая стремится вытеснить настоящую фармацию. Сейчас не стесняются выступать с докладами о том, как уничтожить конкурентов. Как поступать аптечным сетям, чтобы закрывались другие аптеки. Как открывать аптеку напротив конкурентов (работающих далеко не первый год) и на несколько месяцев снижать в ней цены, чтобы оставить соперников без покупателей.

Сейчас аптек больше, чем нужно. А специалистов не хватает. Часто вас «консультируют» консультанты без диплома провизора и даже фармацевта. Иногда они не знают названий лекарств, путают их. А ведь наименование многих препаратов похоже друг на друга! Выбор «не того» лекарства очень опасен для пациента.

Поможет ли Всероссийский съезд фармацевтических работников, намеченный на февраль 2014 года, поднять престиж профессии, которой Вы отдали столько лет?

Борьба поодиночке невозможна. Мы правильно делаем, что объединяемся. Только так мы сможем отстаивать нашу профессию – от имени всей фармацевтической общности.

Но никакая общественная организация не защитит аптеку, если «на местах» она по-прежнему будет терять свое лицо.



АПТЕЧНЫЕ ПРОДАЖИ НООТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Ноотропы – это средства, оказывающие прямое активирующее влияние на обучение, улучшающие память и умственную деятельность.

Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы) – это средства, обладающие активизирующим действием на церебральный метаболизм и высшие психические функции. Для них характерно метаболическое и нейротрофическое действие, уменьшение агрессивного действия продуктов перекисного окисления липидов, позитивное влияние на нейротрансмиссию. Ноотропы (от *noos* – мышление, разум и *tropos* – стремление) оказывают влияние на высшие интегративные функции мозга, улучшают умственную деятельность. В отличие от психостимуляторов мобилизующего типа, ноотропы не вызывают психомоторного возбуждения, истощения функциональных возможностей организма, привыкания и пристрастия.

Цель исследования – проанализировать спрос и динамику средней стоимости лекарственных средств данной группы на основании статистики обращений на сайт apteka.mos.ru

На *рис. 1* представлено соотношение спроса на препараты данной группы за период с сентября по октябрь 2013 г. в сравнении с аналогичным периодом 2012 г. Можно отметить, что спрос на ноотропные средства снизился. Лидером спроса в этом году так же, как и в прошлом, является препарат **Танакан**.

На *рис. 2* представлено соотношение средних розничных цен на ноотропные лекарственные средства в сентябре – октябре 2013 г. в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

В результате проведенного анализа можно отметить, что средние розничные цены в 2013 г. незначительно уменьшились (на 0,8%) по сравнению с 2012 г. Не изменилась цена на препарат **Глицин**. В свою очередь,

увеличились цены на препараты **Глиатилин** (3,1%) и **Пантогам** (3,4%).

Увеличение продолжительности жизни влечет за собой увеличение частоты неврологических заболеваний, развивающихся в пожилом возрасте. Цереброваскулярные заболевания наносят значительный ущерб здоровью населения, вследствие чего увеличивается процент инвалидности и смертности. В последние десятилетия значительно расширился арсенал лекарственных препаратов, используемых для лечения сосудистых заболеваний головного мозга. Каждый год на рынок поступают новые препараты, обладающие ноотропным действием. Список показаний для использования препаратов данной группы значительно расширился, следовательно, можно ожидать, что ноотропные препараты будут все более и более востребованы.

«АСофт XXI»

Рис. 1 СООТНОШЕНИЕ СПРОСА НА НООТРОПНЫЕ ЛС ЗА ПЕРИОД С СЕНТЯБРЯ ПО ОКТЯБРЬ 2013 г. ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМ ЖЕ ПЕРИОДОМ 2012 г.

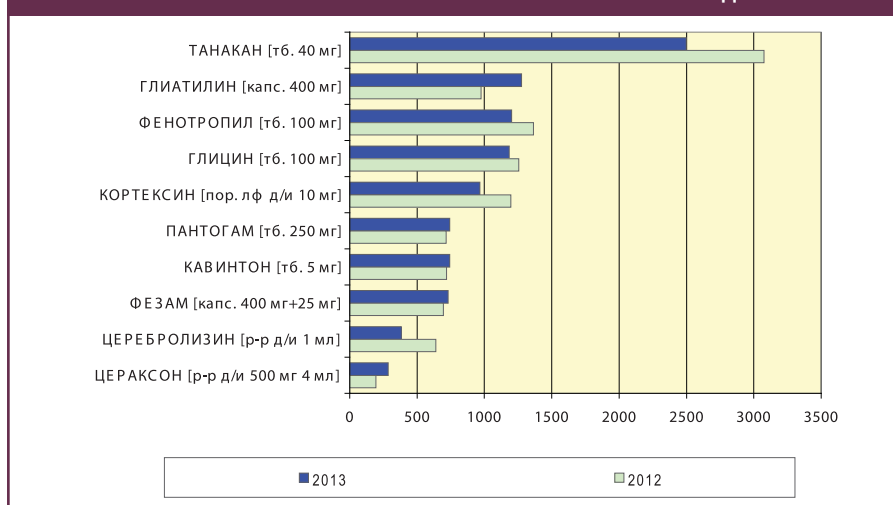
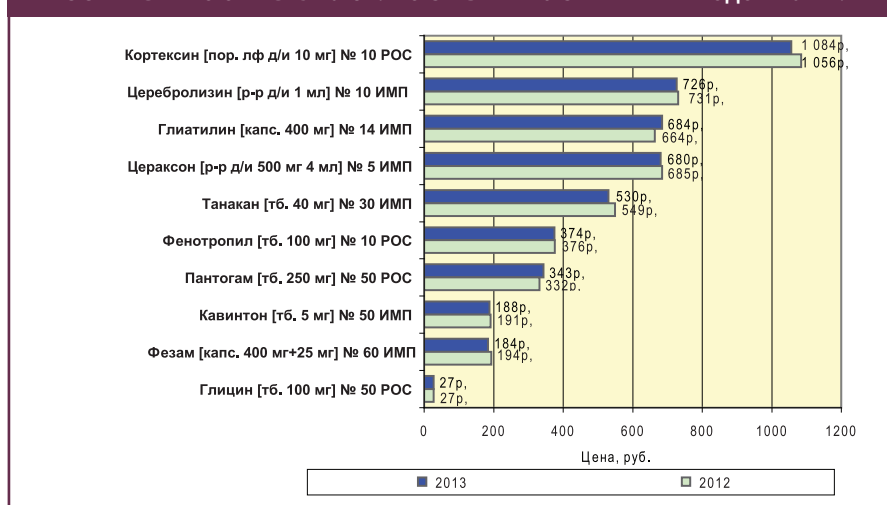


Рис. 2 СООТНОШЕНИЕ СТОИМОСТИ НООТРОПНЫХ ЛС ЗА ПЕРИОД С СЕНТЯБРЯ ПО ОКТЯБРЬ 2013 г. ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМ ЖЕ ПЕРИОДОМ 2012 г.



АПТЕЧНЫЕ ПРОДАЖИ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ БОЛИ В ГОРЛЕ

Воспаленное горло – это один из основных признаков бактериальной или вирусной инфекции. Боль в горле сопровождается ряд заболеваний верхних дыхательных путей: ангину, тонзиллит, фарингит, ларингит. Для лечения воспалительных заболеваний горла используют препараты для местного применения в виде спреев, растворов для полоскания, таблеток для рассасывания.

Рассмотрим аптечный ассортимент препаратов, применяемых при боли в горле. Рынок представлен лекарственными препаратами в основном из АТС-группы «R02A-препараты для лечения заболеваний горла». Все данные приведены в ценах оптовой аптечной закупки за период с октября 2012 г. по сентябрь 2013 г. (МАТ'12–13) в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года (МАТ'11–12).

На сегодняшний день рынок включает 51 бренд или 266 полных наименований. Стоимостный объем рынка за указанный период (МАТ'12–13) составил 12,6 млрд руб. (+17,1%), а натуральный – 105 млн упаковок (+1,8%).

Рассмотрим рейтинг средств, применяемых при боли в горле, по объему в руб. (*табл. 1*). На первом месте находится бренд **Гексорал** («Джонсон & Джонсон» ООО) с долей 11,8%. Вторую строчку с долей 11,7% занимает бренд **Стрепсилс** от компании «Рекитт Бенкизер Хелскэр Интернешнл Лтд». Замыкает тройку лидеров рейтинга

в стоимостном выражении бренд **Тантум верде** («Азиенде Кимике Риуните Анжелини Франческо А.К.Р.А.Ф. С.п.А.»), доля продаж которого составила 10,5%. Необходимо отметить, что в рейтинге TOP-10 в руб. максимальный прирост продаж (+48,5%) продемонстрировал бренд **Шалфей Зеленый доктор** от компании Natur Produkt. Наибольшее падение (–5,2%) было отмечено для бренда **Лизобакт** («Босналек АО»).

В рейтинге в упаковках первое место занимает бренд **Стрепсилс** («Рекитт Бенкизер Хелскэр Интернешнл Лтд») с долей 11,3%. Второе и третье места делят между собой бренды **Ингалипт** (выпускаемый разными производителями) и **Гексорал** («Джонсон & Джонсон» ООО) с долями продаж 9,7 и 9,1% соответственно. Максимальный прирост продаж (+26,1%) отмечен для бренда **Граммидин** («Валента Фармацевтика» ОАО).

В заключение отметим, что рынок средств, применяемых при боли в горле, растет как в руб., так и в упаковках. В данном сегменте можно выделить двух лидеров – бренды **Гексорал** и **Стрепсилс**. Эти два бренда активно конкурируют между собой в стоимостном рейтинге, и лидирующая позиция принадлежит бренду **Гексорал**. Однако в натуральном выражении первую строчку рейтинга занимает бренд **Стрепсилс**.

DSM Group

Табл. 1 TOP-10 брендов средств, применяемых при боли в горле, по объему в руб. за период с октября 2012 г. по сентябрь 2013 г. (МАТ'12–13)

Рейтинг, руб.	Бренд	Фирма-производитель	Прирост МАТ'12–13 к МАТ'11–12, %	Доля от продаж сегмента, руб., %
1	ГЕКСОРАЛ	Джонсон & Джонсон ООО	8,9	11,8
2	СТРЕПСИЛС	Рекитт Бенкизер Хелскэр Интернешнл Лтд.	3,6	11,7
3	ТАНТУМ ВЕРДЕ	Азиенде Кимике Риуните Анжелини Франческо А.К.Р.А.Ф. С.п.А.	10,5	10,5
4	МИРАМИСТИН	ООО «ИНФАМЕД»	32,3	9,3
5	ГРАММИДИН	Валента Фармацевтика ОАО	40,2	7,4
6	ИМУДОН	Фармстандарт-Томскхимфарм ОАО	33,0	6,6
7	ИНГАЛИПТ	Разные производители	46,3	6,5
8	ЛИЗОБАКТ	Босналек АО	–5,2	4,4
9	ФАРИНГОСЕПТ	Ранбакси Лабораториз Лимитед	11,0	4,4
10	ШАЛФЕЙ ЗЕЛЕННЫЙ ДОКТОР	Natur Produkt	48,5	4,0

Данные розничного аудита DSM Group

Табл. 2 TOP-10 брендов средств, применяемых при боли в горле, по объему в упаковках за период с октября 2012 г. по сентябрь 2013 г. (МАТ'12–13)

Рейтинг, упак.	Бренд	Фирма-производитель	Прирост МАТ'12–13 к МАТ'11–12, %	Доля от продаж сегмента, упак., %
1	СТРЕПСИЛС	Рекитт Бенкизер Хелскэр Интернешнл Лтд	–3,7	11,3
2	ИНГАЛИПТ	Разные производители	–20,1	9,7
3	ГЕКСОРАЛ	Джонсон & Джонсон ООО	1,4	9,1
4	ФАРИНГОСЕПТ	Ранбакси Лабораториз Лимитед	1,9	7,7
5	ТАНТУМ ВЕРДЕ	Азиенде Кимике Риуните Анжелини Франческо А.К.Р.А.Ф. С.п.А.	11,3	7,4
6	ГРАММИДИН	Валента Фармацевтика ОАО	26,1	6,9
7	МИРАМИСТИН	ООО «ИНФАМЕД»	18,6	6,9
8	ШАЛФЕЙ ЗЕЛЕННЫЙ ДОКТОР	NATUR PRODUKT	11,2	5,2
9	ЛИЗОБАКТ	Босналек АО	17,2	4,9
10	КАМЕТОН	Разные производители	4,3	4,3

Данные розничного аудита DSM Group

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА – ПРОТИВ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ,

или ОБ АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ ЛЕКОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЛПУ

В мае текущего года на сайте Минздрава России для общественного обсуждения был размещен проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи». После сбора мнений министерство планировало приступить к подготовке окончательного варианта законопроекта, которому и будет дан ход.

Умаров Сергей Закирджанович

Проф. кафедры военной фармации Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), д.ф.н.



Проект документа вызвал отнюдь не однозначные отзывы, начиная от представителей медицинской общности и пациентского сообщества и заканчивая участниками страхового рынка. Не вдаваясь в детали проблематики законопроекта, хотелось бы подчеркнуть, что впервые на законодательном уровне дано определение понятию «врачебная ошибка». Несмотря на то, что экспертное сообщество не удовлетворено существующей редакцией вышеупомянутого понятия, тем не менее, факт самого признания существования врачебных ошибок говорит о многом и позволяет в ближайшей перспективе сделать существенный прорыв в улучшении качества оказания медицинской помощи. Необходимость улучшения качества оказания медицинских услуг постоянно актуализируется числом дефектов оказания медицинской помощи [1–3; 4].

Следует отметить, что вышеупомянутая проблема представляет собой сложность не только для российского здравоохранения. Более 10 лет назад мировое медицинское и фармацевтическое сообщество испытало потрясение, ознакомившись с докладом американского Institute of Medicine (IOM), опубликовавшего доклад To Error Is Human: Building a Safer Health System, в котором утверждалось, что в мире ежегодно имеют место более 2 млн медицинских ошибок; от 44 000 до 98 000 американцев умирают по причинам, связанным с ошибками медицинских работников. При этом более 78% таких ошибок непосредственно относятся к нерациональному назначению и применению лекарств. Что касается финансовых затрат, то на устранение таких ошибок ежегодно расходуется около 3,5 млрд долл. [9; 11]. По другим данным, более чем у половины всех пациентов американских лечебных учреждений отмечались неоднократные несоответствия врачебных назначений фактически принимаемым лекарственным препаратам [7]. При этом у 61% таких пациентов это не приводило к каким-либо нежелательным реакциям, у 33% были отмечены осложнения средней тяжести и у 6% – тяжелые (рис. 1).

Для решения проблемы ошибок, связанных с дефектами выполнения лекарственных назначений, мировая наука и практика использует целый комплекс технологий, среди которых наибольший интерес вызывает технология индивидуальной дозы. Индивидуальная доза представляет собой единицу дозы препарата, помещенную в пакет, снабженный штрих-кодом. Наличие штрих-кода дает возможность резко снизить число ошибок в процессе распределения лекарственных препаратов (ЛП) и выполнения лекарственных назначений (ЛН). Штрих-кодирование индивидуальных доз ЛП позволяет создать в медицинском учреждении достаточно простую, но весьма эффективную систему, при которой технологии не позволяют совершить ошибку при выполнении ЛН. Прежде чем передать ЛП для приема пациенту, необходимо последовательно сканировать штрих-код пациента, указанный в медицинской документации или на специальном браслете (рис. 2), а затем штрих-код индивидуальной дозы ЛП (рис. 3).

Таким образом, технология индивидуальной дозы обеспечивает одновременно достижение пяти целевых задач, снижающих риск ошибки и обеспечивающих качество реализации лекарственного назначения. К числу таковых задач относятся:

1. Недопущение получения ЛП пациентом, которому оно не предназначалось («правильный пациент»).
2. Недопущение получения пациентом ЛП, которое ему не предназначалось («правильное лекарство»).
3. Недопущение получения пациентом ЛП в ошибочной дозировке («правильная доза»).
4. Недопущение получения пациентом лекарственного назначения с неверным путем введения («правильный путь»).
5. Недопущение получения пациентом лекарственного назначения с неверным временем приема («правильное время»).

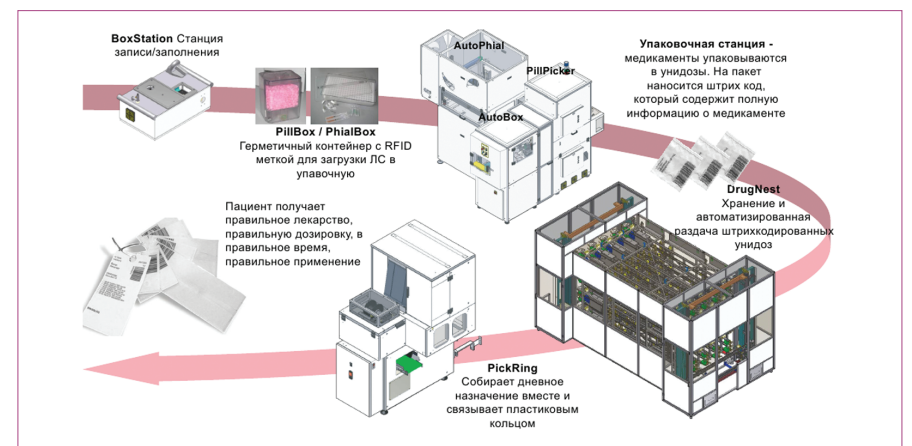
С практической точки зрения интерес представляет реализация такой технологии на базе автоматизированного (роботизированного) комплекса для обеспечения пациентов стационарного медицинского учреждения лекарственными средствами в форме персональной дозы. Рассматриваемый комплекс является комплексным

По данным официального отчета ФОМС, в 2009 г. в целом по Российской Федерации было проведено 2,6 млн экспертиз качества медицинской помощи. Основным нарушением условий договоров об оказании медицинской помощи (медицинских услуг) при проведении экспертиз качества медицинской помощи являлось оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (49,3% – в структуре нарушений). В 2009 г. по досудебной защите удовлетворено 38,3 тыс. случаев (в 2008 г. – 47,3 тыс. случаев), из них 9,8 тыс. случаев с материальным возмещением (3,5 тыс. руб. на один случай), по судебной защите – 176 случаев (в 2008 г. – 322 случая) с материальным возмещением в 86,8 тыс. рублей на один иск. По результатам нарушений, выявленных при проведении экспертиз, не принято к оплате и удержано с медицинских организаций средств на общую сумму 12,6 млрд руб.

программно-аппаратным решением, посредством которого реализуются процессы назначения, хранения, распределения и контроля ЛП по принципу персональной дозы (Unit Dose), определенной лечащим врачом для конкретного пациента. Такие комплексы распределения лекарственных препаратов в госпитальном звене все больше становятся стандартом для большинства современных лечебных учреждений США и Западной Европы [6; 8; 10].

Рассматриваемые роботизированные комплексы для распределения ЛП представляют практической медицине и фармации широкие функциональные возможности, позволяющие обеспечить лекарственную терапию на основе персональных доз. На рис. 4 показана принципиальная схема такой роботизированной системы, построенной по модульному принципу и состоящей из станции заполнения (BoxStation), многофункциональной системы для автоматической загрузки (AutoPhial), промежуточного склада (AutoBox), упаковочной станции для подготовки персональных доз ЛП (PillPicker), автоматизированной мультифункциональной системы хранения (DrugNest), установке сбора персональных доз ЛП механическим способом для их доставки пациенту (PickRing).

Рис. 4 Принципиальная схема устройства роботизированного комплекса



Порядок работы роботизированного комплекса осуществляется в следующей последовательности. Первоначально ЛП в зависимости от вида лекарственной формы (ЛФ) помещаются в специальные загрузочные устройства. Твердые (мягкие) ЛФ в блистерной упаковке, ампулированные ЛП и ряд других помещаются в станции заполнения (BoxStation). Твердые дозированные ЛФ (таблетки, капсулы, драже), поставляемые без блистерной упаковки или в госпитальной упаковке, помещаются в специальные «таблеточные» станции заполнения (PillBox). Каждая такая станция заполнения снабжается индивидуальной радиочастотной меткой (RFID) и соответствующим штрих-кодом, генерируемым программным способом. После чего станции заполнения в зависимости от вида ЛФ загружаются в многофункциональную систему для автоматической загрузки (AutoPhial) или же в промежуточный склад (AutoBox). На этом этапе проводится автоматическая расфасовка каждой единицы ЛП в пластиковый пакет с указанием наименования и дозировки ЛП и соответствующего штрих-кода. Таким образом, происходит создание монодоз ЛП, из которых в дальнейшем формируются персональные дозы.

Далее сформированные монодозы ЛП автоматически перемещаются в автоматизированную мультифункциональную систему хранения (DrugNest). Максимально возможная загрузка такой системы типа DrugNest 33L20 оставляет 44 000 монодоз. Все вышеперечисленное осуществляется персоналом в рамках повседневной фармацевтической деятельности.

Продолжение на стр. 8 ►

Рис. 1 Структура степени выраженности нежелательных побочных реакций, вызванных дефектом выполнения лекарственных назначений

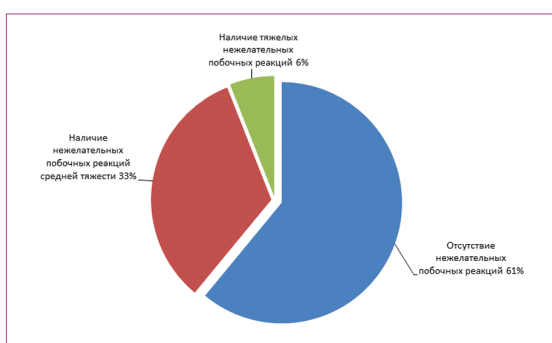


Рис. 2 Сканирование штрих-кода пациента перед получением ЛП



Рис. 3 Сканирование штрих-кода ЛП перед выдачей пациенту



← начало на стр. 1

Справка

История GMP начинается с 1963 г. в США, где были разработаны специальные правила, регламентирующие условия качественного и безопасного производства лекарств – стандарт Good Manufacturing Practice (GMP), в которые впоследствии вносились дополнения (в 1965, 1971, 1978, 1987, 1992 гг.). А первый международный документ по GMP, разработанный специалистами ВОЗ, появился в 1968 г. Чуть позже – в 1969 г. была принята резолюция ВОЗ, которая предписывала применять правила GMP всем странам.

Начиная с 70-х гг. прошлого столетия концепция GMP получает широкое распространение во всем мире, за исключением Советского Союза. В то время Минздрав СССР заявил о своей незаинтересованности во внедрении подобных правил, и впоследствии вопрос перехода к GMP предприятий советской медицинской и микробиологической промышленности был отложен вплоть до 1991 г. Вместо этого, в 1974 г. в СССР были введены рекомендательные правила производства лекарств РТМ 64-7-81-74. Пересмотренные в 1981 г. правила ОМУ 64-33-81 также значительно отличались от правил GMP.

В 1991 г. появились новые правила GMP стран Европейского Союза (GMP EU), утвержденные Директивой 356/91, в которую в 2003 г. были внесены изменения Директивой 2003/94. В СССР в том же году была сделана попытка гармонизации российских правил с международной практикой, введен стандарт РД 64-125-91, который имел некоторые принципиальные отличия от GMP Европейского Союза и GMP ВОЗ. И только после распада Советского Союза страны СНГ самостоятельно приступили к созданию нормативной базы к правилам GMP.

ФАРМАЦЕВТИКА КАК НАПРАВЛЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОРЫВА СТРАНЫ

Дмитриев Виктор Александрович

Генеральный директор Ассоциации Российских фармацевтических производителей

Близится 2014 г., который станет годом обязательного внедрения стандартов GMP на фармпредприятиях. Стандарты должны стать своего рода гарантией производства качественной и безопасной лекарственной продукции, способствовать реализации государственных задач, среди которых – модернизация российского фармпрома до возможности почти полного замещения импортной продукции отечественными лекарственными средствами, до разработки собственных инновационных препаратов и экспорта продукции за рубеж. Но главной задачей остается увеличение продолжительности жизни россиян, с чем непосредственно связано обеспечение доступности лекарственной помощи населению.

В следующем году на систему здравоохранения будет выделен 471 млрд руб. (это немного меньше, чем в 2009 г.) при прогнозируемой инфляции в 5% и цене за баррель нефти в 101 долл.

В плане лекарственного обеспечения в России есть с чем работать: страна занимает 97-е место в мире по состоянию здоровья населения. Ежегодно в результате проводимых социологических исследований высказывается все больше недовольства в адрес системы здравоохранения. В 2012 г. недовольные респонденты составляли 61%.

На вопрос социологов, куда бы вы направили средства, остающиеся после реализации отдельных программ в системе здравоохранения, 63% опрошенных ответили, что их следовало бы направить на обеспечение доступности лекарственных средств. Стратегия развития фармацевтической промышленности до 2020 года была принята, с одной стороны, для удовлетворения потребности населения в лекарствах, а с другой – для развития отечественного фармпрома. Президент РФ в одном из своих выступлений поставил фармацевтику на первое место среди возможных направлений технологического прорыва страны. Это общемировой тренд. Сегодня фармацевтика и биотехнологии занимают первое место в рейтинге промышленных сегментов по насыщенности R&D процессами. Фармацевтика и биотехнологии опережают такие отрасли, как IT, индустрию развлечений, авиакосмическую отрасль и нефтегазовую промышленность.

Утвержденная в феврале 2013 г. Стратегия лекарственного обеспечения населения РФ на период до 2025 г. базируется на трех основных принципах: рациональное применение, доступность и качество лекарственных средств. Первый достигается обеспечением рационального назначения лекарственных препаратов и повышением квалификации медицинских и фармацевтических работников, информированности населения в вопросах лекарственного обеспечения. Второй – внедрением эффективных моделей возмещения стоимости лекарственных препаратов при амбулаторном лечении, совершенствованием государственного регулирования цен на ЖНВЛП, обеспечением

доступности жизненно необходимых инновационных лекарственных препаратов, имеющих доказанную социально-экономическую эффективность. Третий – обеспечением эффективности, безопасности и качества лекарственных средств при их обращении.

Что необходимо для успеха?

Прежде всего, для успешной работы российской фармацевтической промышленности нужна понятная и прозрачная нормативно-правовая база.

Возникает много вопросов по подзаконным актам к основным законам, которых представители отрасли еще не видели. Важно не только составление грамотных законов, но и практика их применения. В последнее время отечественные производители сталкиваются с проблемой частых отказов при подаче документов на регистрацию лекарственных средств: компании не всегда могут представить технологию производства субстанций, ведь они, как правило, покупаются. Несмотря на то, что эти субстанции входят в реестр, компании получают отказ в регистрации, потому что в законе прописано, что регулятор

имеет право требовать схему технологического процесса производства субстанции. Поэтому так важна нормальная нормативно-правовая база.

Много вопросов вызывает новая система закупок, а также патентное право. Последнее крайне важно для инноваций. Представители фармотрасли надеются, что патентное право не будет применяться в неэтичной конкурентной борьбе на рынке. Ведь все чаще происходит так, что компании – патентообладатели новых оригинальных препаратов вкладываются не в получение новых молекул, а в поиск новых путей защиты своей монополии на рынке. В результате страдает система здравоохранения в целом, дженериковые компании не выходят на рынок, пациенты не удовлетворены, острее становится борьба между дженериковыми компаниями и оригинаторами. Это характерно для всего мира.

До конца еще не решен вопрос взаимозаменяемости лекарственных средств. Если не развивать отечественный фармпром, не делать акцент на производстве качественных и безопасных дженериков и биоаналогов, вряд ли возможно покрыть потребности даже тех пациентов, которые сегодня в рамках различных программ здравоохранения получают лекарственные средства.

2014 г. станет годом обязательного внедрения стандартов GMP, спустя полвека после выхода первых правил GMP в Америке они дошли до нашей страны. Остается масса вопросов. Каким будет Инспекторат по проверке соответствия фармпредприятий стандартам, начнет ли он работать с 1 января 2014 г., признают ли эту инспекцию за рубежом, позволят ли локальным производителям выходить на другие рынки, будут ли закрыты те предприятия, которые не соответствуют стандартам, либо они все же останутся на рынке на определенных условиях? Не стоит забывать, что GMP лишь одна из составляющих, обеспечивающих качество лекарственной продукции. И для достижения задач государственного масштаба потребуется решение всего комплекса вопросов.

По материалам конференции «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий – ФармМедОбращение 2013», секционное заседание «Российская фармпромышленность – курс на инновации и качество»

ПРАВИЛА GMP У НАС ДЕЙСТВУЮТ ДАВНО, ТОЛЬКО НАЗВАНИЯ ДРУГИЕ

Ширшов Геннадий Павлович

Председатель правления НП «Холодовые цепи и биотехнологии»

Просьба депутатов о переносе сроков введения на фармпредприятиях страны правил GMP, принятых в развитие закона 61-ФЗ, не имеет под собой оснований.

Мало кто знает, что в России правила GMP действуют уже давно, только называются они немного по-другому – ОСТ 42-510-98. *Стандарт отрасли. Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP)*. Стандарт введен в действие 1 января 2000 г. Лицензия на фармпроизводство выдается только в случае соблюдения требований данного стандарта.

PHARM НОВОСТИ

За 8 лет на модернизацию здравоохранения потрачено более 1 трлн 623 млрд руб.

Средства на программу модернизации здравоохранения в РФ поступали из различных источников.

«С 2005 по 2013 г. на модернизацию российского здравоохранения было потрачено 1 трлн 623 млрд руб.», – заявил советник министра здравоохранения РФ Игорь Ланской на прошедшем 8 ноября заседании комитета Торгово-промышленной палаты по развитию государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

«Однако, несмотря на все масштабные меры, принятые в рамках программы модернизации, до сих пор до половины коечного фонда страны нуждается в обновлении», – прокомментировал ход модернизации Ланской. По словам спикера, это одна из причин, по которой Минздрав России сейчас активно интересуется темой развития ГЧП.

«Мы можем констатировать необходимость привлечения частного капитала в отрасль здравоохранения, которая, увы, считается самой закрытой и самой коммерчески неориентированной в стране», – заявил Ланской. На сегодняшний день уже разработан проект Федерального закона «Об основах государственно-частного партнерства», который проходит этапы согласования. Спикер отметил, что министерство рассматривает возможность создания отдельного отраслевого законопроекта для развития ГЧП в медицине.

Для этого уже сейчас готовится межведомственная рабочая группа по запуску Координационного совета по развитию ГЧП в здравоохранении. В ближайший месяц Минздрав обещает сформулировать основные направления, в которые необходимо привлечь частные инвестиции. Пока выделено два крупных блока: формирование медицинской инфраструктуры и непрерывное медицинское образование. Также Ланской заявил, что необходимо расширять включение ГЧП в процесс диспансеризации населения.

Госдума предлагает 10 лет лишения свободы за фальсификаты

Законопроект о внесении изменений в УК РФ внесли на рассмотрение 7 ноября депутаты от «Справедливой России».

Проект Федерального закона «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации», который призван уточнить меру уголовной ответственности за производство и продажу поддельных ЛС, внес на рассмотрение парламентариев депутат от «Справедливой России» Олег Михеев.

На сегодняшний день в ФЗ «Об обращении лекарственных средств» выделяются три категории поддельных лекарств: фальсифицированное ЛС, недоброкачественное ЛС и контрафактное ЛС. Изготовление и продажа всех трех видов ЛС на территории России запрещена. Однако, как поясняют составители закона, УК РФ не устанавливает четких санкций ни производителям, ни продавцам. Действующие статьи лишь косвенно касаются подобных правонарушений, говорится в пояснительной записке нового законопроекта. Есть регулирующие данную сферу нормы и в Кодексе об административных правонарушениях, но последний также не предлагает конкретных мер наказания за незаконное производство и сбыт ЛС.

В своем проекте закона депутаты предлагают следующие санкции за изготовление и продажу «подделок». Физическому лицу за подобные нарушения грозит лишение свободы на срок до трех лет (предполагается также возможность назначения исправительных работ или штрафа до 40 000 руб. либо в размере зарплаты за три месяца). Более тяжелое наказание – 10 лет лишения свободы, штраф до 500 000 руб. или в размере зарплаты за три года – грозит за нарушение закона группой лиц по предварительному сговору. Аналогичные меры предусмотрены за изготовление и продажу поддельных лекарств для детей, а также если действия повлекли за собой причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека.

Наконец, если деяния повлекли по неосторожности смерть двух или более лиц, то преступление будет наказано лишением свободы на срок от 8 до 15 лет с ограничением свободы на срок от одного года до двух лет либо пожизненным лишением свободы.

Источник: <http://vademec.ru> ■

ФАС разрешила кипрскому офшору купить 80% «СИА Интернейшнл»

ИТАР-ТАСС сообщает, что Федеральная антимонопольная служба (ФАС) РФ удовлетворила ходатайство кипрского офшора «Серенгейт Эдвайзорс» о приобретении 80% акций одного из ведущих российских фармдистрибуторов – «СИА Интернейшнл».

Представитель «СИА Интернейшнл» сказал ИТАР-ТАСС, что «Серенгейт Эдвайзорс» «формально не связан с компанией», но сообщить другие подробности отказался.

В апреле 2008 г. американский фонд TPG Capital и «СИА Интернейшнл» объявили о подписании договора купли-продажи, при этом 50% минус одна акция российской компании были оценены в 800 млн долл. Однако впоследствии сделка не состоялась.

ЗАО «СИА Интернейшнл» является одним из крупнейших дистрибуторов российского фармацевтического рынка. Компания поставляет лекарственные средства более чем в 28 тыс. аптек и лечебно-профилактических учреждений страны.

Основным владельцем (более 80%) является Игорь Рудинский, основавший компанию в 1993 г.

Годовой оборот «СИА Интернейшнл», по экспертным оценкам, превышает 100 млрд руб. В период кризиса 2008 г. в результате допэмиссии «СИА Интернейшнл» стала владельцем 25% акций ОАО «Аптечная сеть 36,6», т.к. сеть задолжала дистрибутору за поставленную продукцию более 3 млрд руб. Затем пакет СИА был размыт до 22,59%. Летом 2011 г. этот пакет приобрел инвестиционный фонд Hi Capital бизнесмена Романа Авдеева.

Источник: <http://www.itar-tass.com> ■

За год фармкомпания Москвы отсудила в третейском суде более 180 млн руб.

Арбитражный третейский суд Москвы в текущем году удовлетворил ряд исков крупных дистрибуторов фармацевтических препаратов и аптечных сетей о взыскании долгов на общую сумму свыше 180 млн рублей.

По информации Арбитражного третейского суда Москвы, количество исковых обращений от фармкомпаний – поставщиков лекарственных препаратов с каждым годом растет. Взыскиваемые с должников суммы колеблются от 100 тыс. до 20 млн руб., пишет Российское агентство правовой и судебной информации. Только за этот год общая сумма взысканных с недобросовестных плательщиков в пользу фармпоставщиков долгов составила свыше 180 млн руб. Одним из примеров служит ЗАО «НПК Катрен», которое за последние несколько месяцев в третейском суде девять раз решало вопрос с неплательщиками.

PHARM НОВОСТИ

Третейские суды привлекают фармацевтические компании в первую очередь скоростью рассмотрения дел – всего десять дней с момента подачи искового заявления. Как пояснил председатель Арбитражного третейского суда Москвы Алексей Кравцов, скорость в этих делах имеет решающее значение: нередко московские компании, дабы избежать уплаты долга, переводят средства компании в другие активы, оставляя на счету только 10 000 руб. уставного капитала. А это делает невозможным взыскание задолженности.

Алексей Кравцов также напомнил, что не все конфликты с партнерами можно решить ускоренным способом: для этого в договоры поставки необходимо включить так называемую третейскую оговорку – специальную формулировку, дающую возможность сторонам спора обратиться в третейский суд.

Источник: <http://vademec.ru> ■

Интернет-торговля лекарствами в России: регулирование на основе лучших мировых практик

Розничная интернет-торговля лекарствами требует стандартизации и регулирования в целях борьбы с распространением контрафактной и некачественной продукции. Соответствующие предложения подготовит совместная рабочая группа Министерства здравоохранения РФ и экспертного совета при Правительстве РФ по лекарственному обеспечению населения, сообщается на портале «Открытого правительства».

На прошедшем 7 ноября заседании рабочей группы эксперты согласились, что статус розничной торговли лекарствами через Интернет пока неясен. В связи с этим было решено провести анализ лучших мировых практик, а также российской нормативно-правовой базы. На основе этого анализа будут представлены предложения по совершенствованию законодательства. Они должны быть направлены на развитие розничного дистанционного рынка лекарственных средств, повышение доступности препаратов для населения, а также на снижение рисков причинения ущерба здоровью граждан от применения контрафактной, некачественной продукции, приобретаемой через Интернет. К этой работе будут привлечены также Росздравнадзор, Роспотребнадзор, МВД, Минкомсвязи, Роскомнадзор и др. ведомства.

НП «Аптечная гильдия» еще в июне 2013 г. обратилось в Минздрав с заявлением о том, что отсутствие нормативно-правового регулирования создает невозможность контроля за деятельностью интернет-аптек, предполагает значительные риски, прежде всего, для потребителей. В нем отмечалось, что в России постановлением Правительства РФ от 27.09.07 «Об утверждении правил продажи товаров дистанционным способом» напрямую запрещается дистанционная продажа медикаментов. При этом, по мнению экспертов, наряду с позитивными моментами (удобство для инвалидов, молодых матерей и т.д.), услуге по продаже лекарственных средств через Интернет с последующей доставкой потребителю присущ ряд спорных и неоднозначных моментов. По мнению экспертов «Аптечной гильдии», было бы разумно легализовать сферу торговли лекарствами через Интернет с тем, чтобы иметь возможность контролировать этот процесс. Для этого Минздраву совместно с профессиональными организациями необходимо разработать общие позиции, касающиеся онлайн-заказа и последующей доставки потребителям лекарственных средств аптечными организациями.

Генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк сообщил ИТАР-ТАСС, что доля продаж через интернет-аптеки в России очень небольшая – менее 0,5%. По его словам, может создаваться впечатление, что в Москве и всем Центральном федеральном округе этот показатель гораздо выше, однако здесь надо разделять непосредственно интернет-аптеки и возможность заказа необходимых препаратов через Интернет с последующим выкупом в офлайне.

По данным DSM Group, объем отечественного фармрынка по итогам 9 мес. 2013 г. в денежном выражении вырос на 13,07% по сравнению с аналогичным периодом 2012 г. и составил 755,4 млрд руб.

В конце октября 2013 г. министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщала, что объем фальсификата на российском рынке лекарств составляет менее 1%.

Источник: <http://tasstelecom.ru> ■

Таблетки без паспорта

Фармрынок в России все последние годы живет в обстановке непрерывных изменений. Мало того, что на нем сказываются последствия мирового экономического кризиса и замедление темпов развития отечественной экономики, своих сложностей добавляют и усиление государственного регулирования, и постоянная смена правил игры.

Конец текущего года обещает новые изменения, к которым придется приспособляться: грядут поправки в Федеральные законы «Об обращении лекарственных средств» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», возможен запрет на рекламу лекарств в неспециализированных СМИ. А с 1 января 2014 г. фарминдустрия должна перейти на работу по новым стандартам GMP.

Эти правила совсем недавно утверждены приказом Минпромторга России и зарегистрированы в Минюсте России, но вступят в силу лишь через 10 дней после официальной публикации. Процесс их создания затянулся на долгие годы, хотя его целью было как раз повышение качества производимых лекарственных препаратов до международного уровня, чтобы наши производители смогли полноправно выйти на фармрынки других стран. Большинство современных производителей уже внедрило у себя аналогичные европейские стандарты и даже смогли получить соответствующие сертификаты. Однако немалая часть отечественных предприятий не спешила это делать, ссылаясь на то, что российские правила будут в чем-то отличаться от международных, хотя в процессе работы над документом не раз было заявлено, что он будет гармонизирован именно с европейским сводом правил.

Но пока документ еще не опубликован, не совсем ясны некоторые процедурные вопросы, не создан инспекторат, который будет проверять предприятия на предмет соответствия новым правилам и т.д. Все это увеличивает nervoznost в отрасли, и на этом фоне возникают коллизии, которые повышают напряжение.

Так, на фармацевтическом форуме Pharma Russia 2013 генеральный директор Ассоциации Российских фармацевтических производителей (АРФП) Виктор Дмитриев заявил: «С момента принятия Правил GMP Росздравнадзор прекратил выдачу паспортов лекарственных средств – документов, обязательных для организаций-производителей, осуществляющих экспорт ЛС и фармсубстанций. В качестве обоснования отказа ведомство ссылается на необходимость предоставления сертификата GMP, выданного на территории РФ. Однако ни процедуры его выдачи, ни сроков российской отрасли до сих пор не предложено». По словам руководителя ассоциации,

◀ на стр. 5

Принятые в этом году правила – это перевод текста европейских правил с теми или иными изъятиями и использованием отдельных терминов, характерных для российской правовой терминологии. Более полный анализ различий и последствий для предприятий – тема совершенно другой статьи, и эту тему можно рассмотреть отдельно.

Вместе с тем надо прямо сказать, что наличие только одних правил не приведет к каким-либо серьезным изменениям в регулировании отрасли или к остановке деятельности тех или иных компаний.

GMP – это система обеспечения работы фарм-предприятий, когда выпускаемые лекарства будут безопасными и эффективными для потребителей. Система эта состоит из:

1. Правил GMP.
2. Государственной инспекции GMP.
3. Положения о работе Инспекции.
4. Системы подготовки и переподготовки государственных инспекторов с учетом международных требований.
5. Графика проверки предприятий на соответствие требованиям Правил.
6. Регулярной проверки национальных и международных фармацевтических предприятий на соответствие требованиям.
7. Членства в международной организации государственных инспекций GMP (PIC/S).

Из 7 перечисленных требований мы имеем только пункт 1-й – Правила GMP. Пока все остальные пункты не будут реализованы, российский сертификат GMP не будет признаваться за рубежом. Поэтому наши экспортеры проходят аудит силами международных аудиторов и имеют международные сертификаты GMP. Только в этом случае они допускаются на зарубежные рынки.

Вывод:

Первое. Для полноценного внедрения системы GMP в России потребуются не один год. Как правило, страны добиваются этого путем последовательного выполнения требований вступления в PIC/S, и на это уходит от 6 до 8 лет.

Второе. В ближайшие два-три года видимых изменений в сфере усиления контроля качества на предприятиях ожидать не приходится чисто по процедурным соображениям – один только вопрос формирования инспектората и преодоления дублирования функций разных ведомств потребует значительного времени.

Третье. Цены на рынке формируются независимо от затрат производителя. В России – это институт ЖНВЛП, система государственных закупок, а также потребность в лекарствах в рознице.

Четвертое. Статус российского производителя имеет отношение только к государственным закупкам, а это 23–25% от всего объема обращающихся лекарств.

GMP САМИ ПО СЕБЕ НЕ ДЕЛАЮТ КОМПАНИЮ ДОБРОСОВЕСТНОЙ

Нижегородцев Тимофей Витальевич

Начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральное антимонопольное службы РФ

Что касается правил GMP, нельзя сказать, что я являюсь суперадептом этого процесса. У нас на рынке обращаются лекарственные препараты в массе своей с подтвержденными показателями качества. Требования GMP очень важны для исключения недобросовестной конкуренции, для создания единых условий и единых же издержек при обращении ЛС, устранения недобросовестной конкуренции не только со стороны компаний, которые используют GMP-сертификаты как некое дополнительное преимущество, но и со стороны компаний, которые не имеют этих сертификатов, потому что они конкурируют более низкими издержками. При этом мы не абсолютизируем требования GMP. Сами по себе требования GMP не делают фармкомпанию добросовестной, за этим нужен надзор.

Позиция ФАС России заключается в том, что соблюдать правила надлежащей производственной практики должны все участники рынка.

Не нужно ждать, переносить сроки, потому что такой перенос подрывает доверие к регуляторной системе, тем более что сама система будет настраиваться какое-то время, и эта настройка даст дополнительное время тем компаниям, которые действительно хотят перейти на стандарты GMP. Но есть компании, которые принципиально не хотят переходить на стандарты.

Их модель бизнеса не предполагает формирования соответствующих механизмов поддержания качества, они не инвестируют в персонал, а только хотят сокращать издержки. Как можно скорее надо послать сигнал этим компаниям, что они не должны производить фармпродукцию. А любое отклонение от процесса внедрения стандартов будет поддерживать именно такие компании. При этом мы понимаем, что есть проблемы с компаниями, которые поставляют, в основном, российскому правительству, которое покупает у них весь объем продукции. В таком случае можно дать им время на переход к стандартам, но ко всем остальным компаниям, чья продукция обращается на рынке, должны предъявляться требования по вводу стандартов GMP.

Что касается внешнего Инспектората, ФАС России предлагает при регистрации лекарственных препаратов, чтобы каждая компания вкладывала в регистрационное досье добровольное согласие на инспекцию своих производственных мощностей. В случае, если инспекция приезжает на производство и не получает доступа, то со следующего дня обращение ЛС приостанавливается до тех пор, пока не будет проведена инспекция. Если же есть нарушение, производство приостанавливается на время устранения этих нарушений.

Из выступления на V специальной сессии
«Что происходит на фармацевтическом рынке?»

МЫ 15 ЛЕТ ПЕРЕХОДИМ НА ПРАВИЛА GMP, И ГОД НАС НЕ СПАСЕТ

Колотилова Ольга Николаевна

Заместитель начальника отдела фармацевтической промышленности и биотехнологического комплекса ДХТКиБТ Минпромторга РФ

Правила GMP приняты и зарегистрированы Минюстом РФ. Минпромторг стоит на той позиции, что переноса сроков введения правил GMP не должно быть. Ведущие фармацевтические предприятия также высказали мнение, что переноса быть не должно, в этом вопросе министерство солидарно с ними.

Скажем честно, мы уже 15 лет переходим на эти правила. И год нас не спасет все равно. Те, кто хотел перейти и понимал, что такой переход состоится, на стандарты GMP перешли. Те, кто не хочет перейти, за год этого не сделают. По расчетам Минпромторга РФ, 90% фармпродукции производится в условиях GMP. 20% ведущих фармпредприятий производят 80% продукции. Те предприятия, у которых в номенклатуре до 10 наименований лекарственных препаратов, работают по этим правилам. Срок не переносится.

Проверки на соответствие требованиям GMP будут осуществляться в рамках лицензионного контроля. Будет создан трехлетний план проверок предприятий на соответствие лицензионным требованиям, которые входят в GMP. В соответствии с законом «О лекарственных средствах», введение правил GMP в полном объеме предусмотрено с 1 января 2014 г.

Из выступления на XV Всероссийской конференции «ФармМедОбращение 2013»

GMP: ПРОПУСК В МИР ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЭЛИТЫ

Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич

Директор Центра социальной экономики, к.ф.н.

Депутаты опасаются, прежде всего, того, что мы не перейдем на стандарты GMP, и мы на самом деле не перейдем на них 1 января 2014 г., надо быть объективными. Большая часть инфраструктуры к этому не готова, но и проявлять либеральность в законе тоже опасно, потому что сроки эти переносились неоднократно, сколько уже раз на моей памяти. Нужно оставить в законе срок с 1 января 2014 г., но государство будет внедрять стандарты GMP, наверное, постепенно.

Есть компании, которые не могут себе позволить перейти на международные стандарты, но эти компании являются стратегически важными для отрасли, есть и государственные, между прочим, площадки типа «Микрогена», фармацевтические фабрики, «Мосхимфармпрепараты», которые производят лекарства не по стандартам GMP. Есть производственные аптеки, их немного, но их производство тоже должно соответствовать стандартам. Много чего есть, в один момент все это не реформируется. Сроки хоть и останутся утвержденные законом, но карающие и контролирующие инструменты государства будут применяться постепенно.

Стандарты GMP, утвержденные Минпромторгом РФ, по большей части копируют то, что есть в западных стандартах. Стандарты – это живые правила, они обновляются ежедневно, и, дотягиваясь до определенной планки, понимаешь, что правила ушли далеко вперед.

Для мировой фармацевтической элиты стандарты GMP – это некий критерий входа в отрасль для новых участников, причем чем выше этот порог, становится понятно, что не все сразу могут его преодолеть. Для того чтобы полностью соответствовать и быть гармонизированным с мировым фармацевтическим бомондом, нужно не статичные правила утверждать, а иметь постоянную культуру обновления стандартов производства на российских фарм-заводах. Это сложнее.

Вопрос контроля тоже сложный, потому что до сих пор нет Инспектората, который контролировал бы те требования, которые с 1 января станут обязательными. В начале 2014 г. Минпромторг РФ только начнет формировать состав Инспектората. Какие полномочия у него будут, тоже вопрос. Дело в том, что продукция, поступающая извне, с других рынков, тоже должна соответствовать стандартам. Наш Инспекторат, соответственно, должен быть признан мировыми фармкомпаниями, чтобы быть допущенным этими компаниями к инспектированию их производства лекарств под потребности России.

Будет ли это служба при Минпромторге РФ или какая-то независимая компания, наделенная полномочиями, какие требования будут предъявляться к составу Инспектората и каким будет рекрутинг, сказать пока не могу.

ВОПРОС ПОМОЩИ ФАРМПРОМУ ПО ПЕРЕХОДУ НА СТАНДАРТЫ GMP ОБСУЖДАЕТСЯ

18 ноября Минпромторг и Минздрав России провели выездное совещание по вопросам развития фармацевтической и медицинской промышленности на базе МФТИ.

На вопросы журналистов, затрагивающие стандарты GMP, ответили министр промышленности и торговли РФ Денис Валентинович Мантуров и его заместитель Сергей Анатольевич Цыб.

Не будет ли обратного процесса, когда мы стремимся к качеству, а поступающая на наш рынок в рамках ВТО иностранная (индийская в частности) фармпродукция не будет соответствовать предъявляемым стандартами GMP требованиям?

Д.В. Мантуров:

– Не думаю, что будет обратный процесс, более того, для этого нет оснований. О том, что будут вводиться правила GMP, производители знали после принятия закона «Об обращении лекарственных средств» в 2010 г. А процесс перехода был начат еще в 1991 г. с появлением первого документа на эту тему. В 1999 г. был разработан Стандарт, который практически соответствовал всем тем требованиям, которые предъявлялись к практике производства

ЛС в мире на тот момент. Мы движемся вперед. И должны полностью отвечать требованиям наряду с зарубежными коллегами, чтобы продукция, производимая на российских фармпредприятиях, могла соответствовать качеству, предъявляемому за рубежом, чтобы иметь возможность поставлять на зарубежные рынки нашу фармпродукцию. Экспортный потенциал наших предприятий огромный, с учетом того, что сейчас разрабатывается большой перечень инновационных препаратов. Мы рассчитываем на их продажу и на нашем рынке, и за рубежом.

Когда могут начаться проверки фармпредприятий на соответствие стандартам GMP?

С.А. Цыб:

– В соответствии с Федеральным законом №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» с 1 января 2014 г. вступают в действие Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств. 8 ноября эти Правила были опубликованы в «Российской газете». Министерство промышленности и торговли начнет соответствующие плановые проверки предприятий на соответствие требованиям в рамках государственного и лицензионного контроля, за который отвечает министерство. На данный момент, учитывая, что правила GMP вступают в силу 1 января следующего года, на соответствие требованиям сейчас никто предприятия проверять не будет. Только с 1 января.

В рамках поручения Правительства РФ Минпромторг разработал проект ведомственного нормативного акта, который закрепляет статус российского товара. По данному документу производственная часть лекарственных средств делится на три части: производство субстанции, готовой лекарственной формы и первичная упаковка. Предлагается рассмотреть вопрос привязки статуса российского товара к государственным закупкам РФ, и в дальнейшем отдельным актом Правительства РФ дать дополнительные преференции российским локальным производителям в части дженериков. Если при закупках будут представлены два и более российских лекарственных препарата, локальный продукт будет иметь преференцию перед импортером. Это первое.

Второе – дифференциация самих преференций в зависимости от стадии производства. Если производится только первичная упаковка, то предоставляется одна преференция. Если производится готовая лекарственная форма, то имеется больше преференций. Если осуществляется полный цикл производства препарата, компания получает еще большую преференцию в рамках того статуса российского товара, который будет определен соответствующим нормативным документом. Этот документ проходит сегодня согласование в федеральных органах исполнительной власти.

Вопрос помощи предприятиям по переходу на стандарты GMP обсуждается отдельно в рамках поручения Правительства РФ о дорожной карте по развитию иммунобиологической промышленности. Министерство внимательно изучает всю номенклатуру выпускаемой продукции нашими предприятиями. Будут приняты соответствующие решения.

Проводящий полимер, образовавшийся в результате этого процесса, был затем исследован на предмет электрохимических свойств и биосовместимости.

В ходе прошлых экспериментов, проведенных в физрастворе, у модифицированных полимеризованным пирролом углеродных материалов проверяли показатели напряжения холостого хода, остающегося в материале после того, как электрическая цепь, в которую этот материал входил, разомкнута. Эти данные расцениваются учеными как важный показатель биосовместимости вещества. Выяснилось, что в результате воздействия полипиррола напряжение холостого хода в новом материале значительно снизилось (до 0,05 В), а такой показатель уже ставит новинку в ряд других биологически совместимых веществ.

В следующей серии испытаний ученые исследовали взаимодействие нового активированного угля с красными кровяными тельцами. Необходимо было выяснить, похож ли новый материал по своей разрушительности в отношении эритроцитов на всем нам хорошо известный нынешний активированный уголь, зачастую глотаемый нашими людьми в больших количествах.

При близком контакте с эритроцитами уголь АГ-3 в чистом виде убил красные кровяные тельца, что подтвердилось высвобождением в физраствор свободных молекул гемоглобина. Модифицированный же уголь эритроциты не повредил и после себя свободных молекул не оставил.

Наконец, в последнем раунде экспериментов выявляли адсорбционные свойства нового активированного угля. При сопоставлении с моделью токсичного вещества модифицированный полипирролом материал продемонстрировал 25-процентный рост адсорбционной активности.

Источник: <http://marchmont.ru> ■

PHARM НОВОСТИ

из-за сложившейся правовой коллизии ряд российских компаний был вынужден приостановить экспорт производимых ими лекарств и фармсубстанций, что приводит к срыву заключенных контрактов и финансовым потерям.

Конечно, подобная ситуация способна серьезно нарушить сроки выполнения международных договоров на поставку лекарств и испортить репутацию российских производителей. И это тем более странно, что в ФЦП «Фарма-2020» поставлена задача в ближайшие годы значительно увеличить экспорт российских препаратов и субстанций.

А чем служба мотивировала свое новое требование к экспортерам? С этим вопросом «РБГ» обратились к руководству Росздравнадзора.

– Подобного требования по оформлению паспортов лекарственных средств к экспортерам Росздравнадзор не предъявлял, – сообщил врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) Михаил Мурашко. – Был лишь один случай, когда компания-производитель запросила паспорта на 57 своих препаратов, а получила их лишь на 36. На остальные инъекционные препараты паспорта оформлены не были, поскольку у нашей службы были замечания по их качеству. В паспорте четко прописаны все требования к качеству лекарственных препаратов и субстанций и его регулярным проверкам на предприятии, специального требования о наличии сертификата GMP там нет. Такие же условия оформления паспортов сохранятся и после официального введения правил GMP с 1 января 2014 г., так что никакой приостановки экспорта российских лекарств нет и не будет».

В Минпромторге также подтвердили, что выдача паспортов лекарственных средств никак не связана с принятием Правил GMP, а Росздравнадзор не прекращал процедуру их выдачи – она идет обычным порядком. За все последние месяцы с жалобами на отказ в выдаче документов обращались лишь одна-две компании, что, возможно, и послужило причиной для тревоги. Однако, судя по ответам официальных лиц, оснований для беспокойства нет – экспорту российских лекарств может помешать лишь их ненадлежащее качество.

Источник: <http://www.rg.ru> ■

Госдума одобрила запрет рекламы целительства

Депутаты Государственной Думы ФС РФ в пятницу 15 ноября приняли законопроект, предусматривающий полный запрет на рекламу аборт и целительства.

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», также предусматривается административная ответственность за практикование методов народной медицины и за незаконное занятие частной фармацевтической деятельностью. Также с момента вступления поправок в силу Правительство РФ будет обязано публиковать ежегодный доклад о ходе реализации госполитики в сфере охраны здоровья не позднее 1 июня.

Ранее сообщалось, что депутаты Самарской обл. внесли в Госдуму законопроект о запрете на проведение искусственного прерывания беременности за счет бюджета.

Источник: <http://www.rus-obr.ru> ■

«Унифарм» создаст аптечную сеть на Кубани

Компания «Унифарм» потратит 2,8 млрд руб. на завод по выпуску лекарств, создание логистического центра и собственной аптечной сети. Эксперты считают, что компания подвинет на рынке демпингующие аптеки.

Соглашение о создании фармацевтического кластера «Унифарм-Юг» подписано на Международном инвестиционном форуме «Сочи-2013». В рамках проекта «Унифарм» реконструирует уже существующее предприятие по выпуску ветеринарных препаратов в Славянском р-не и построит в Красноармейском завод по производству медицинских препаратов, научно-исследовательский центр, логистический (распределительный) центр на 60 тыс. м² и создаст региональную аптечную сеть.

По словам генерального директора ООО «Унифарм» Якова Львовича, предприятия смогут производить около 1 млрд таблеток и капсул и 500 млн ампул в год. Также фармацевты намерены наладить выпуск биологически активных добавок и спортивного питания. «На заводе планируется наладить выпуск более 200 наименований лекарственных средств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, гепатозов различной этиологии и других заболеваний», – говорится в сообщении компании. Несколько десятков препаратов – оригинальные разработки «Унифарм», остальные – дженерики (лекарство, которое производит не его изобретатель, аналог препарата, у которого истек срок патентной защиты).

«Сейчас мы ведем переговоры с Красноармейским районом по выделению земельного участка, предполагается, что мы арендуем землю на год с последующим выкупом, – говорит Яков Львович. – Что касается аптек, мы рассматриваем возможность выкупа помещений и планируем строительство зданий под эти нужды». Планируется, что реализация проекта продлится до конца 2016 г. Осенью 2014 г. начнутся строительные работы.

По данным Якова Львовича, порядка 30 аптек «Унифарм» появятся в Краснодарском крае: 20 аптек в Краснодаре, остальные – в районах. «Мы откроем аптеки стандартного вида обслуживания, – говорит гендиректор. – Планируется создать две-три многофункциональные аптеки. В них разместятся кабинеты врачей и медработников, которые смогут провести первичный осмотр посетителя».

Источник: <http://www.dg-yug.ru> ■

Новосибирский нанобиочип должен защитить от ста инфекций

Ученые Института физики полупроводников (ИФП) им А.В. Ржанова СО РАН и ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» в Новосибирске разработали и в настоящее время тестируют нанобиочип, позволяющий одновременно диагностировать десятки инфекций.

По словам ученого секретаря ИФП Александра Каламейцева, введенные в сообщении, образцы нового нанобиочипа проходят испытания.

«Лабораторные образцы уже есть, на них показана высокая чувствительность», – сказал он, добавив, что новый метод диагностики проходит в настоящее время клинические испытания.

Партнеры взаимодействуют в разработке нового иммунофизического метода с использованием биочипов на нанопроволочках «с последующим нанесением туда антител против более 100 инфекционных заболеваний».

ГНЦ «Вектор» располагает одной из самых полных в мире коллекций вирусов.

Источник: <http://marchmont.ru> ■

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ

В Москве создан принципиально новый адсорбент для гемосорбции

Московские исследователи разработали принципиально новый адсорбент для проведения гемосорбции – процедуры, спасающей отравленный медпрепаратами или химическими ядами организм. Считается, что их новый активированный уголь, электрохимически модифицированный полипирролом, отличается прекрасной биологической совместимостью, щадит эритроциты крови (в отличие от своего широко известного «предшественника») и на 25% более эффективен в адсорбционной активности.

Исследовательская команда НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского и Российский химико-технологический университет (РХТУ) им. Д.И. Менделеева еще в прошлом году предложила новый подход к гемосорбции – методике очистки крови при помощи адсорбента. В основе подхода – инновационные углеродные материалы.

Предполагается, что усиленный нанотехнологиями материал значительно превосходит по своим характеристикам обычный активированный уголь, используемый уже не одно десятилетие и благодаря способности связывать ионы вредоносного вещества считающийся идеальным вариантом при остром отравлении.

В поисках препарата, который обладал бы сопоставимыми с нынешним активированным углем адсорбционными свойствами, но при этом не был бы столь же агрессивным в отношении красных кровяных телец, исследователи подвергли электрохимической полимеризации пиррол – гетероциклическое ароматическое органическое соединение, применяемое в фармацевтической химии.

Воздействие на пиррол, по словам ученых, осуществлялось на поверхности угля известной марки АГ-3.

Минздрав: наша задача – оптимизировать неэффективные расходы

К чему стремится российское здравоохранение? На пресс-конференции в РИА «Новости» «Команда Минздрава России: открытый разговор о будущем здравоохранения» представители госструктуры неоднократно подчеркнули: Минздрав серьезно работает над тем, чтобы «минимизировать неэффективные расходы», и его задача – «максимальное качество при минимальных затратах». Вместе со строгой экономией медицину ждут модернизация и реструктуризация.

Государственные гарантии для СТРАХОВОЙ медицины

Впрочем, все не так однозначно. Например, перевод скорой помощи в систему ОМС, по словам главы ФФОМС Натальи Стадченко, был произведен с целью защитить права пациента, а вовсе не для того, чтобы «минимизировать» зарплаты врачей «03». До вхождения скорой в систему услуг, оказываемых по страховому полису, контроль над экстренной помощью был лишь внутриведомственным. А пациент не мог требовать помощи надлежащего качества – ведь полис ОМС, не имеющий отношения к «03», не давал ему такого права. Сегодня же, по словам председателя Федерального фонда ОМС, «скорая» уже под контролем. К тому же, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», до 2015 г. в систему обязательного медицинского страхования должны войти все виды помощи больному человеку. А на 2014 г. застрахованными оказались лишь 300 видов медпомощи из полутора тысяч.

К тому же система обязательного медстрахования серьезно обновляется. Еще в 2012 г. программа государственных гарантий включала в себя только определенный объем посещений врача застрахованным пациентом или же просто жителем РФ – независимо от наличия полиса. Цифры были таковы: на одного застрахованного человека приходилось 8,962 посещения врача в год. На одного гражданина РФ – 9,7 визита к доктору. Если верить этим нормативам, россияне удивительно здоровы – ведь даже в течение одной «простуды» придется посетить врача 3–4 раза. Таким образом, государство гарантировало каждому своему гражданину абсолютно безвозмездное лечение... двух «простуд» в течение года. А все, что находится за рамками программ госгарантий, имеет право быть платным.

Внимание, которое проявили и министр здравоохранения РФ, и заместители министра, и даже глава Федерального фонда обязательного медицинского страхования к «максимальному качеству» медицинской помощи при «минимальных затратах на нее», позволяет предполагать: оптимизация (т.е. сокращение расходов) – магистральное направление развития медпомощи в нашей стране. Разумеется, речь не идет о том, что расходы сократятся у пациента, а современные препараты и высокотехнологичные исследования станут доступнее для больного человека. Речь идет о том, чтобы создать медицину, «бюджетную» для государственного бюджета. По всей видимости, одна из задач модернизации и реструктуризации – как раз сокращение расходов на медицинскую помощь.

В 2013 г. программа государственных гарантий удивительно расширена. В нее включены профилактические мероприятия и неотложная помощь. Правда, заставляет насторожиться замечание главы ФФОМС о том, что вызов скорой «стоит» 1700 руб., а оказание неотложной помощи – всего лишь 400. С учетом того, что служба «03» была передана системе ОМС, подобное сравнение может не остаться без последствий. А при сегодняшней работе амбулаторно-поликлинического звена скорая – порой единственный шанс получить качественную медицинскую помощь.

Минздрав предупреждает: реорганизация поликлиник продолжится

Кстати, значительные средства – более 70 млрд руб. – в 2014 г. выделены на профилактику. Но трудно не согласиться с мнением зам. министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой: 60% доступности и качества медицинской помощи, включая и профилактические осмотры, обеспечивают «организационные вопросы». Те самые, с которыми сейчас не справляются даже информатизация и модернизация. В течение одного дня электронной записью к врачу пользуется примерно 120 тыс. жителей страны, но... уменьшились ли очереди в поликлиники?

Между тем, правильно организованная диспансеризация населения (да-да, те самые профосмотры, которые многие проходят «для галочки») способна спасти даже от онкологических болезней. Думаете, сегодня на осмотры в поликлинику приходят лишь пенсионеры, школьники и студенты? 60% тех, кто проходит диспансеризацию, вышли из студенческого возраста, и до пенсии им еще далеко. Тем не менее, у каждого 15-го пациента обнаруживают гипертонию. У каждого 50-го – ишемическую болезнь сердца. У 3 человек из тысячи – подозрение на онкологию. Часто на осмотр приходят люди, которые считают себя абсолютно здоровыми, а уходят от

врача с диагнозом «1-я стадия рака». Впрочем, рак, «пойманный» на первой стадии, стопроцентно излечим. Так что, даешь профосмотр! Даже пройденный «ради галочки» он спасает человеку жизнь.

Тем временем пациенты страдают от отсутствия тех самых врачей, которых необходимо посетить при медосмотре. Ударными темпами создается так называемая трехуровневая система здравоохранения. На первом уровне «модернизированной» и «реструктурированной» медицинской помощи должны находиться ФАП, районные и участковые поликлиники. По словам Татьяны Яковлевой, именно эти учреждения и должны быть доступными для пациента. Вторая ступень – медицинские центры (диагностические, онкологические, туберкулезные и др.). Третья часть системы медпомощи – высококвалифицированная помощь: областные и республиканские суперсовременные центры, в т.ч. перинатальные. Те самые, открытием которых принято объявлять закрытие родильных домов в регионах. Но, как отметила зам. министра, «главное в новой трехуровневой системе – не потерять больного на первых стадиях. Сможет ли здравоохранение гарантировать это?»

Неудивительно, что на пресс-конференции был задан вопрос: что происходит в столице в ходе «реорганизации амбулаторно-поликлинического звена»? К кому, как не к министру здравоохранения, обратиться, когда массово увольняют врачей, а попасть на прием к специалисту стало проблемой, требующей нескольких месяцев ожидания? Прокомментировать московский пример с объединением поликлиник оказалось сложно даже министру. Согласившись с тем, что имела место непродуманность подходов к оказанию медицинской помощи, Вероника Скворцова сообщила, что «реорганизация медучреждений в Москве – пилотный проект и что для устранения ошибок его реализации уже создана рабочая группа».

← на стр. 4

В это время лечащий врач функционального отделения ЛПУ определяет, какому пациенту и в какое время необходимы те или иные ЛП, фиксирует в электронном виде и по локальной сети направляет в аптеку. Таким образом, формируется своего рода заявка на ЛП, предназначенные для конкретного пациента. Заявка обрабатывается с помощью специализированного программного обеспечения (ПО), встроенного в роботизированный комплекс. На этом этапе определяется очередность выполнения, при необходимости может быть проведена корректировка дозы и количества отпускаемого ЛП. После этого роботизированный комплекс автоматически обрабатывает полученную заявку и на основе заготовленных ранее монодоз создает персональную дозу. Персональная доза (Unit Dose) представляет собой перечень ЛП, назначенных лечащим врачом конкретному пациенту на конкретную дату (время) в форме монодоз, объединенных с помощью пластикового кольца (Pick Ring). Каждая такая персональная доза снабжается сигнатурой, на которой представлена информация о лекарственных препаратах и пациенте, для которого они предназначены. Завершается процесс после того, как все подготовленные персональные дозы ЛП будут переданы в функциональные отделения, где проходят лечение пациенты. Поступившие в отделение лекарственные препараты перед выдачей пациенту проходят проверку путем сканирования их штрих-кода непосредственно в палате. Только после совпадения штрих-кода ЛП с данными пациента, последний получает лекарство. В противном случае система выдает визуальный и звуковой сигналы, что прием препарата пациентом невозможен.

Ведущим фактором внедрения комплексной автоматизации процессов распределения лекарственных препаратов, по мнению менеджмента ЛПУ, становится необходимость сокращения бюджетных ассигнований на содержание ЛПУ, включая сокращение затрат на приобретение ЛП. В условиях экономического спада ЛПУ вынуждены обращать внимание на системы, которые позволяют повысить уровень лекарственного обеспечения, улучшить его качество и при этом уменьшить совокупные затраты.

Рассматриваемые роботизированные системы, несмотря на существенные первоначальные затраты на их приобретение, тем не менее обеспечивают достижения ряда также существенных медико-организационных и экономических эффектов. Так, с точки зрения пациента такие системы обеспечивают своевременную, полную и контролируруемую доставку ЛП непосредственно к месту лечения, а также способствуют повышению качества медицинского обслуживания персоналом за счет времени, которое ранее было занято вспомогательными рутинными операциями. Немаловажным преимуществом таких систем является и существенная (до 15%) экономия на расходе ЛП за счет реализации принципа персональной дозы. Такой высокий экономический эффект достигается, во-первых, за счет выдачи на отделение именно персональных доз препаратов, которые в несколько раз меньше по сравнению с аналогичными препаратами в заводских упаковках, и, во-вторых, из-за невозможности несанкционированного и/или нерационального использования. Кроме

того, существенной особенностью рассматриваемой системы является возможность контролируемого возврата неиспользованных ЛП из отделения в аптеку без нарушения целостности и качества первичной упаковки, что позволяет повторно применять препарат по назначению. В ряде случаев только за счет этого возврата расход лекарственных препаратов снижается более чем на 30% [5].

Обращает на себя внимание и то, что в процессе повседневной работы такие системы способствуют повышению уровня контроля со стороны фармацевтического персонала не только за движением лекарственных препаратов, но и за качеством их назначений. Это усиливает профессиональную роль госпитального фармацевтического персонала, повышает его непосредственную интеграцию в лечебный процесс, а также снижает возможность возникновения медицинской (фармацевтической) ошибки. Одновременно такой автоматизированный комплекс снижает нагрузку на средний и младший медицинский персонал, освобождая его от рутинных ручных операций подготовки ЛП к выдаче пациентам, находящимся на лечении, что практически исключает саму возможность появления медицинских ошибок, связанных с человеческим фактором.

Литература

1. Григорьев Д.Е. О развитии обязательного страхования гражданской ответственности в здравоохранении // Д.Е. Григорьев, П.М. Анучин. – Ремедиум. – 2009. – №12. – С. 9–11.
2. Каплунов О.А. К вопросу о страховании врачебной профессиональной ответственности // О.А. Каплунов. – Менеджер здравоохранения. – 2009. – №9. – С. 12–13.
3. Капранова С.З. Нормативно-правовая база страхования профессиональной ответственности медицинских работников в современных условиях // С.З. Капранова. – Медицинское право. – 2006. – №3. – С. 24–26.
4. Русецкая Э.А. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников в России и за рубежом // Э.А. Русецкая, Е.В. Аксененко. – Страховое дело. – 2010. – № 3. – С. 3–11.
5. About Lehigh Valley Hospital and Health Network [Электронный ресурс] / Электрон. дан. – 2007. – Режим доступа: <http://www.lvhn.org/>
6. Colen, H.B. Trends in Drug Distribution and Medication Safety // H.B. Colen, Janknegt R. – EJHP Practice. – v. 5. – №5. – 2006. – p. 2.
7. Cornish, P.L. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission // P.L. Cornish, S.R. Knowles, R. Marchesano. – Arch Intern Med. – 2005. – №165. – p. 424–429.
8. Dijkstra de Jong, Y. Centralised Automated Drug Dispensing System // Y. Dijkstra de Jong, H.W. Harting. – EJHP Practice. – v. 5. – N 5. – 2006. – p. 3–4.
9. Institute of Medicine. To error is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
10. Krings, A.W. The Role of Unit-Based Cabinets // A.W. Krings. – EJHP Practice. – v. 5. – №5. – 2006. – p. 9–11.
11. Medication Errors Injure 1.5 Million People and Cost Billions of Dollars Annually. Report Offers Comprehensive Strategies for Reducing Drug-Related Mistakes [Электронный ресурс] / Электрон. дан. – 2002. – Режим доступа: http://pravo-med.ru/articles/medical_mistake/2753

Когда обсуждали закрытие родильных домов в регионах (опять же – в порядке «реорганизации амбулаторно-поликлинического звена»), зам. министра здравоохранения Татьяна Яковлева вспомнила свой опыт работы в поселковой больнице поселка Нерль Ивановской обл. Загруженность акушеров-гинекологов в поселке была такова, что двое-трое родов в месяц – это уже счастье. Какая при такой нагрузке будет квалификация у врачей? По мнению Татьяны Яковлевой, «невозможность добраться своим ходом до областного перинатального центра – лишь организационный вопрос, подлежащий решению. Если бы в перинатальный центр из любого села или деревни можно было добраться на транспорте (который ходил бы регулярно и имел приемлемую стоимость проезда) – роженицы не были бы возмущены закрытием районного роддома».

Можно сделать вывод: реорганизация амбулаторной медицинской помощи продолжится. Одновременно с реорганизацией медпомощи в поликлиниках воплощается в жизнь проект «Электронное здравоохранение» – вероятно, самый большой проект информатизации здравоохранения в мире. Его цель – формирование «безбумажной» поликлиники. Несмотря на то, что проект реализуется, его обсуждение продолжается. На сайте Минздрава электронному здравоохранению выставляют оценки. Те баллы, которые могли бы поставить проекту врачи районных поликлиник, вряд ли были

бы высокими. Сегодня доктора жалуются на двойной объем работы: заполнять историю болезни приходится и в медкарте, и на компьютере. А программы, с которыми работают врачи, не всегда удобны в использовании.

Критерии качества: выжил ли больной – не главное

Информатизация здравоохранения – еще один инструмент контроля медицинской помощи. В электронную медкарту, которая должна заменить бумажные истории болезни, планируется скрыто внедрить критерии качества лечения. Специальная компьютерная программа должна не только оценивать профессионализм врача, но и регулярно отправлять отчеты о качестве медпомощи в Минздрав. Подход эффективен, но кто поручится за честность заполнения ЭМК? Как бумажная, так и электронная история болезни чаще отражает не сам процесс лечения, а только то, что написал о нем врач.

Оценка качества медпомощи может стать еще одним источником «оптимизации расходов» на здравоохранение. Предполагается, что оклад врача не тронут, и базовая часть зарплаты у доктора останется. А вот «стимулирующие добавки» для медработников поставят в прямую зависимость от критериев качества. В ситуации, когда «основная» зарплата врача может составлять 6–7 тыс. руб., а остальная часть заработанного доктором считается «дополнением», число претензий к качеству

лечения может резко возрасти. А зарплаты у медиков сократятся столь же стремительно.

Сами критерии должны быть разработаны к 2015 г. Сообщают, что за их основу будут взяты принципы, действующие сегодня во многих развитых странах. Тем не менее, на пресс-конференции было заявлено: качество медицинской помощи будут оценивать вовсе не по результатам лечения. Жив пациент или умер, улучшилось состояние или ухудшилось, – все это не может являться критериями качества медицинской помощи. Предполагается, что критерии качества будут трех типов:

- ♦ процессуальные – насколько были профессиональные действия медиков;
- ♦ временные – была ли помощь оказана вовремя, т.е. соответствовала ли она «терапевтическим окнам»;
- ♦ возможность предотвращать нежелательные последствия лечения (например, пролежни в стационаре). Эти показатели позволят оценить, насколько хорошо ухаживают за больным.

Формально все критерии правильны, но достаточны ли они? Не станут ли они средством «оптимизации расходов» на здравоохранение путем сокращения зарплат медиков? И что важнее больному: соблюдение стандартов лечения или выздоровление? Наверное, в медицинской помощи главное – все-таки результат. Спасенная человеческая жизнь...

Екатерина АЛТАЙСКАЯ

Спасение пациента не освобождает врача от ответственности

Стандарты медицинской помощи поставили медицину в центр внимания правосудия. Врача могут признать виновным, даже если он спас жизнь пациента, но при этом отклонился от инструкции, указанной в стандарте. Если же медики начнут неукоснительно следовать «инструкциям по лечению», указанным в тексте стандартов, отвечать им тоже придется. Но уже за вред, принесенный пациенту стандартизированным «лечением». Доктора боятся, а больные не знают, что делать.

Тем, кто в результате лечения оказался участником судебного процесса (неважно, пациентам или врачам), нужно помнить: главное доказательство в суде – итог оказанной медицинской помощи. Если он положительный – выздоровление, улучшение состояния пациента или ремиссия хронического заболевания, то вопрос о том, нарушил ли врач стандарты, отойдет на второй план. Правда, за несоблюдение стандарта медицинской помощи могут последовать штрафные санкции. И медучреждению (или конкретному медработнику) придется выплатить их.

Стандарт лечения для суда не имеет значения

Если лечение принесло не пользу, а вред, нарушение стандартов – это еще одно доказательство в судебном процессе. Пациент и его близкие могут воспользоваться им, заявив иск о возмещении вреда. Если же человека лечили в полном соответствии со стандартами, суд должен спрашивать врача: было ли сделано все возможное для того, чтобы человек выздоровел?

«Идеальные» варианты результата лечения (стандарт соблюден, пациент выздоровел; стандарт не соблюден, пациенту стало хуже) юридических сложностей не вызывают. Однако в медицинской практике чаще встречаются другие, противоречивые случаи. Например, врач лечил больного не по стандарту – и тот поправился. Что делать врачу? Все равно платить штраф!

Но только в том случае, если главврач расписался в документе о том, что медучреждение и его сотрудники будут финансово отвечать за выполнение стандартов оказания медпомощи. Любой договор, подписанный всеми сторонами, – свидетельство о согласии на все действия, указанные в нем. Подписали? Значит, согласны!

Еще один вариант. Врач лечил больного в строгом соответствии со стандартом, а

пациент не выздоровел или даже погиб. Добиться хотя бы возмещения вреда будет затруднительно: потребуются экспертизы. Однако виновным, скорее всего, признают врача. Он должен сделать все, чтобы спасти жизнь пациента. В том числе предоставить полную информацию обо всех методах лечения и лекарственных препаратах, показанных к применению. Поэтому врач, сделавший все, что указано в стандарте, но не все возможными лучшими ответственность. За ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей.

Например, если препарат не помог, пациент имеет право получить возмещение материального вреда, т.е. вернуть деньги, фактически затраченные на лечение. Но внимательными лучше быть «до», а не «после». Жизнь пациента, не имеющего медицинских знаний, часто находится под угрозой. Онкологическим больным вместо эффективных инновационных препаратов во многих случаях назначают лекарства из списка ЖНВЛП, доступные по цене, но далеко не всегда эффективные. Когда больной погибает, родственники подают иск о возмещении вреда. И у них есть веские основания выиграть судебный процесс: врач не предоставил информацию обо всех методах лечения. А семья пациента была готова заплатить.

Студентов-медиков переучат по стандартам?

Врачи готовы бежать из профессии. Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323) прибавил работы судьям и адвокатам. Понять, что разрешено, а что запрещено, практически невозможно. Единственный выход для медработника – продолжать назначать те лекарства, которые он считает нужным, но четко обосновывать свой выбор в медицинской документации. Даже в истории болезни должно быть подробно написано, почему пациент должен принимать препарат, не включенный в стандарт лечения. Единственное исключение: если лекарство не зарегистрировано в РФ, объяснения не освободят врача от ответственности. Медработник, назначивший незарегистрированный препарат, отвечает в любом случае, даже если больной выздоровел.

И врачам, и пациентам важно знать юридическую сторону вопроса о стандартах. В ст. 37 ФЗ-323 упоминаются порядки оказания и стандарты медпомощи, протоколы лечения и клинические рекомендации. Надзор за их соблюдением называется

контролем качества медицинской помощи, если речь идет о действиях медицинских работников. Медучреждение как юридическое лицо – объект контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Новое законодательство о здравоохранении отделяет проверку действий врача от проверки работы поликлиники или стационара в целом.

Соблюдение стандартов – один из первых вопросов, которые должны выяснить проверяющие. А сами стандарты – первая «больная» тема в практическом здравоохранении. Что делать врачу, если лечить по инструкции – значит, убивать больного? Почему страховые компании штрафуют докторов за несоблюдение стандартов, если пациенты выздоравливают? Как согласовывать стандарты медпомощи с принципами медицинского образования? Ждет ли студентов-медиков изменение учебных программ? И самое главное: как врачу найти время на изучение всех утвержденных стандартов? Хотя бы на то, чтобы прочесть их?

0.3 МРТ и 8.962 посещения: стандарт как способ сэкономить

Введение стандартов лечения в полной мере отвечает целям «оптимизации неэффективных расходов» в здравоохранении. Инструкции позволяют формировать систему государственных гарантий бесплатной медпомощи. Обязательное медицинское страхование гарантирует владельцу полиса ОМС 8.962 посещения врача в год. Стандарт поясняет, какие именно виды медицинской помощи пациент может получить бесплатно. Если больному нужно лекарство или обследование, не указанное в стандарте, он «имеет право» заплатить за это. Такое «право» подтверждает постановление Правительства РФ от 04.10.12 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Так, с помощью стандартов, решается проблема «оптимизации» «неэффективных» медицинских расходов государственного бюджета. Одновременно с этим формируется программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Чтобы ее составить, необходимо рассчитать число единиц объема медпомощи, необходимых пациенту: например, 0.318 вызова скорой на 1 человека в год. В соответствии с расчетом Федеральный фонд ОМС перечисляет деньги территориальным фондам. Еще

один источник бесплатной для пациента медицинской помощи – бюджеты регионов. Чтобы вычислить подлинную потребность жителей страны в лечении, нужно умножить заболеваемость в стране на стандарт оказания медпомощи. Но в реальности ведутся совсем другие подсчеты. Стандарты просто «подгоняют» под имеющееся финансовое обеспечение. «Необходимый» объем лечения для больного определяется не медицинскими данными, а размером государственного бюджета.

Между судом и штрафом: в законодательных проблемах виновен врач

И вот что самое интересное: если у пациента – не одно заболевание, а несколько, по стандарту нельзя подсчитать даже стоимость медицинской помощи.

Качество медпомощи определить по стандарту невозможно. Ни при каких обстоятельствах. С этим согласился даже законодатель. В ст. 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» – ни слова о стандартах. Согласно определению, данному в статье, экспертиза качества медицинской помощи – это выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в т.ч. оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

В ст. 73 ФЗ-323 («Обязанности медицинских и фармацевтических работников») – тоже ни слова о стандартах медпомощи. Несмотря на то, что именно благодаря этому закону стандарты стали обязательными для врача.

Тем не менее, врачи продолжают получать штрафы от страховых компаний. Чтобы их не штрафовали, им проще назначать лекарства по стандартам. С учетом грядущего внедрения системы лекарственного страхования можно предположить, что в «инструкции по лечению» останутся лишь самые дешевые препараты. За эффективные ЛС пациент будет «иметь право» заплатить.

А пациенты обращаются в суд с требованиями о возмещении вреда жизни и здоровью, связанного с неправильным оказанием медпомощи.

И врач остается виновным – при любом результате лечения. Даже спасение жизни не освобождает его от ответственности...

По материалам выступления профессора кафедры основ законодательства в здравоохранении ф-та управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова О.Ю. Александровой, форум «Термоллабильные лекарственные препараты и изделия: надлежащие практики сегодня и завтра»

Екатерина ДРОБНАЯ

В лечении должны применяться качественные лекарства

30–31 октября 2013 г. в Москве состоялась XV ежегодная Всероссийская конференция «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий – ФармМедОбращение 2013». Пленарная сессия форума «От качества лекарственных средств и медицинских изделий – к качественному оказанию медицинской помощи» обозначила основные направления работы и задала тон всему мероприятию. На ней с докладами выступили руководители федеральных органов власти РФ в сфере здравоохранения – Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), депутат Государственной Думы ФС РФ, представитель Российского союза промышленников и предпринимателей. Представительный состав участников заседания и актуальность тем их выступлений и стали информационным поводом для подготовки данного материала.

В своем выступлении **член Комитета Государственной Думы по охране здоровья Федот Семенович Тумусов** пожелал участникам конференции плодотворной деятельности и проинформировал аудиторию о работе, которую проводит Комитет ГД РФ по охране здоровья в области обращения лекарственных средств (ЛС). В частности, рассказал о своем выступлении в Госдуме в рамках Правительственного часа, который состоялся в конце октября 2013 г. с участием министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой. В своем докладе депутат сделал акцент на необходимости усиления функций главного контролирующего органа в сфере обращения лекарственных средств (ЛС) – Росздравнадзора. Группа депутатов подготовила законопроект об усилении ответственности за обращение фальсифицированных ЛС, однако при обсуждении в ГД РФ для принятия законопроекта не хватило нескольких голосов. Но, как заверил депутат, работа в этом направлении будет продолжена.

Спикер остановился на понятии экономического измерения качества ЛС. Оно выражается в том, что, если лечение проводится неэффективными ЛС, государство несет повышенные расходы в связи с потерей трудоспособности населения, ухудшением демографических показателей, в частности, ростом смертности, а также дополнительные расходы

на содержание койко-мест в стационарах и т.п. Качество ЛС имеет огромное экономическое значение и для достижения такой важной задачи, как увеличение средней продолжительности жизни – с 70 до 75 лет.

По мнению Ф.С. Тумусова, Россия сегодня получает уникальный шанс увеличить собственное производство ЛС. Дело не только в реализации принятой Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 г., но и в благоприятной международной конъюнктуре. На мировом рынке произошел патентный обвал, и у российских производителей есть возможность расширить производство дженериков.

Минпромторг РФ и Правительство РФ проводят огромную работу в этом направлении. И, тем не менее, на пути развития фармацевтической отрасли существуют препятствия. Одно из самых значимых – процесс регистрации ЛС. В этой сфере накопилось очень много проблем. Федеральный закон №61-ФЗ внес изменения в сам механизм регистрации. Система регистрации стала закрытой, исключены прямые контакты между регистраторами и заявителями, благодаря этому снизилась коррупционность процесса регистрации. Однако эта система имеет и свои недостатки. Мировая практика показывает важность института независимых экспертов. И в процессе регистрации необходимо предусмотреть

возможность получения от них комментариев и дополнительной информации. В России сегодня этого нет. Но, самое главное, отсутствует механизм апеллирования по принятым регистрирующим органом решениям.

По мнению Ф.С. Тумусова, для того чтобы быстро развернуть производство дженериковых ЛС, требуется оперативно внести небольшие коррективы в нормативно-правовую базу для усовершенствования процесса регистрации.

Депутат также затронул тему введения в России с 2014 г. правил GMP. Он отметил, что отечественные фармацевтические заводы к этому готовы не в полной мере. Очевидно неравенство: добросовестные производители вложили большие средства, чтобы довести свое производство до уровня соответствия этим правилам, но есть и те, кто не делает ничего, планируя продолжать работать по старинке, – очень опасная тенденция. В свете этого депутат оценил правила GMP как инструмент осуществления превентивной проверки обеспечения качества ЛС, методы которой в нашей стране пока развиты слабо. Сегодня государственный контроль направлен, прежде всего, на ЛС, которые поступили в обращение. В завершение выступления представитель Госдумы РФ призвал всех участников конференции к совместной работе по улучшению качества ЛС.

Наталья Николаевна Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования осветила тему обеспечения гарантий на оказание бесплатной медицинской помощи по программам ОМС.

В рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (МП) устанавливаются требования к территориальным программам (ТП) ОМС, принимаемым на территории субъектов РФ, с учетом которых они, собственно, и разрабатываются. Кроме того, для субъекта предусмотрена возможность расширения базовой программы ОМС.

Источником финансирования программ ОМС являются субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС (ФФОМС), межбюджетные трансферты в бюджеты территориальных фондов ОМС (ТФОМС) на обеспечение скорой медицинской помощи и одноканального финансирования статей расходов, включенных в структуру тарифа. 2013–2014 гг. являются переходными, поэтому платежи на обеспечение скорой медицинской помощи неработающему населению в субъектах РФ и на отдельные статьи предусмотрены только в части расходов. С 2015 г. финансирование будет осуществляться в полном объеме за счет субвенций ФФОМС.

Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» №326-ФЗ сняты ограничения на осуществление деятельности в сфере ОМС для медицинских организаций любых форм собственности. В уведомительном порядке в 2010 г. в реализации программ ОМС принимали участие около 600 организаций всех форм собственности. На 2014 г. подано 1655 уведомлений.

Медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере ОМС на основе договора оказания МП по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании МП в соответствии с ТП ОМС. Оплата МП осуществляется в объемах, предусмотренных ТП ОМС. Объемы устанавливаются Комиссией по разработке ТП и по тарифам на оплату МП

Законодательные тренды

Основные тенденции в сфере обращения лекарственных средств, которые определяют характер взаимоотношений на фармацевтическом рынке в 2014 г., связаны, прежде всего, с законодательными изменениями.

Практически ни одно крупное собрание игроков фармрынка не обходится без участия юристов. В рамках 5-й специальной осенней сессии «Что происходит на фармацевтическом рынке?» руководитель коммерческой группы юридической фирмы VEGAS LEX Юлия Тормагова обозначила новые законодательные правила.

Федеральный закон от 05.04.13 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» вступит в силу с 1 января 2014 г., но уже сейчас у юристов есть опасения, что с применением этого закона у игроков фармрынка будут большие проблемы. Например, в части, касающейся вопросов процедуры планирования закупок и их контроля, закон носит рамочный характер. Более 35 подзаконных актов, которые должны быть приняты до вступления закона в силу, находятся еще в разработке.

Закон предусматривает создание системы планирования, обоснования закупок, а также последующего контроля эффективности закупок.

В процессе планирования будут принимать участие государственные органы, от координации их работы зависит, будут ли срываться закупки, или нет. До сих пор не все заказчики провели обучение персонала новым требованиям.

В законе появляются дополнительные основания для отстранения участников, если предметом закупки является препарат, входящий в ЖНВЛП (п. 10 ст. 31). Закон вводит механизмы антидемпинговых мер (п. 1, 2, 9 ст. 37), а также предоставляет возможность в ряде случаев осуществлять закупку лекарственных средств путем проведения запроса предложений (ч. 7 п. 2 ст. 83) и у единственного поставщика (ч. 28 п. 1 ст. 93).

Среди нововведений – первоочередность исполнения обязательств по контрактам, предметом которых является поставка товара, необходимого для нормального жизнеобеспечения (в т.ч. лекарственные средства) в случае уменьшения лимитов бюджетных обязательств (п. 4 ст. 95).

Федеральный закон №44-ФЗ сохранил некоторую преемственность закона №94-ФЗ. Ряд положений ФКС, касающихся закупки лекарственных средств, являются аналогичными положениям закона №94-ФЗ. В частности, сохранены:

1. Правила описания объекта закупки (п. 6 ч. 1 ст. 33):
 - ♦ указание на МНН или химические, группировочные наименования;
 - ♦ возможность в ряде случаев указывать торговые наименования;
 - ♦ запрет включения в один лот лекарств с различными МНН при превышении предельного значения цены, установленного Правительством РФ.
2. Особенности проведения запроса котировок для оказания скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме и нормального жизнеобеспечения граждан (ст. 76):

- ♦ возможность в ряде случаев осуществлять закупку путем запроса котировок независимо от цены контракта.
- Практикующие юристы ожидают большого количества запросов на обжалование результатов аукционных комиссий по новому закону.

Дорожная карта

Вторая важная тема – дорожная карта по развитию конкуренции на рынке лекарственных препаратов. Этот документ был утвержден распоряжением Правительства РФ 28 декабря 2012 г. Для отрасли выделены два критерия, по которым Правительство РФ будет оценивать конкуренцию в 2014–2015 гг. Это – число фармацевтических предприятий, лицензированных в соответствии с правилами организации производства и контроля за качеством лекарственных средств (в 2013 г. такие фармпредприятия составляют 40%, в 2014 г. показатель должен достигнуть 100%), и доля производителей, удовлетворенных процедурами регистрации лекарственных препаратов (в 2013 г. – 75%, в 2014 г. – 90%).

Чтобы достичь подобных показателей, экспертами правительства установлены основные проблемы, которые необходимо решить до 2014 г. Это отсутствие условий для снижения цен на лекарственные препараты; несовершенство процедур регистрации лекарственных средств; сокращение ассортимента лекарств, вызванное несовершенством процедуры госрегистрации предельных отпускных цен на лекарства, включенные в ЖНВЛП; отсутствие единообразных требований к производству лекарственных препаратов.

Дорожная карта предусматривает внесение поправок в действующее законодательство, в частности, в Федеральный закон №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также в подзаконные акты Минздрава и Минторга России.

Сговоры на торгах

Третий вопрос – разбирательства ФАС России по делам о сговоре на торгах. Высший арбитражный суд доказал и подтвердил, что сговор на торгах может быть доказан, исходя из фактических действий участников, т.е. на основании косвенных доказательств:

- ♦ постановление ФАС Московского округа от 22.04.13 по делу №А40-94475/12-149-866;

в соответствии со способами оплаты, установленными ТП.

Тарифы на оплату МП устанавливаются тарифным соглашением и включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС. Во всех субъектах РФ тарифы для всех медицинских организаций устанавливаются по единой методике и структуре расходов. С 1 января 2013 г. во всех субъектах РФ утверждены единые тарифы, в расчет которых должны входить и субвенции ФФОМС, и межбюджетные трансферты.

Тарифные соглашения утверждаются решением Комиссии по разработке ТП ОМС. Комиссия устанавливает тарифы и способы оплаты МП и статьи расходов, включенные в ТП ОМС. Подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС с 2013 г. включает денежные выплаты стимулирующего характера. Они в обязательном порядке должны отражаться в тарифном соглашении. Все выплаты, ранее осуществлявшиеся в рамках национального проекта «Здоровье», включены в субвенцию ФФОМС и осуществляются через тарифы абсолютно во всех лечебных учреждениях.

При подготовке ТП ОМС на 2014 г. сокращен перечень применяемых способов оплаты МП. Программой установлены эффективные способы оплаты, ориентированные на результат деятельности медицинской организации. При оказании МП в стационарах и дневных стационарах – за законченный случай лечения заболевания на основе клинико-статистических групп заболеваний, в амбулаторных условиях – по подушевому нормативу финансирования.

При формировании ТП учитываются все особенности субъекта РФ, оказывающие влияние на заболеваемость населения и доступность МП. Важный критерий: ТП должны быть сбалансированы по объему МП и ее финансовому обеспечению. Субъектами РФ будут устанавливаться дифференцированные нормативы объема МП в расчете на одного жителя и одно застрахованное лицо с учетом этапов оказания МП в соответствии с порядками ее оказания.

В целях обеспечения доступности МП гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных или труднодоступных местах, а также в сельской местности, в ТП ОМС устанавливаются дифференцированные объемы МП с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления МП.

Н.Н. Стадченко отметила, что сейчас в сфере ОМС есть очень важный момент, требующий активного участия в процессе программ государственных гарантий всех сторон. На федеральном уровне принята Программа государственных гарантий, и все субъекты РФ работают над своими территориальными программами государственных гарантий оказания бесплатной МП населению. Но работа по реализации гарантий бесплатной МП только начинается. И те Тарифные комиссии, которые созданы в субъектах РФ, должны осуществлять ежемесячную работу по контролю и корректировке объемов МП в разрезе лечебных учреждений. Поскольку оплата МП связана только с утвержденными объемами, нередки ситуации, когда в субъекте РФ по итогам квартала, полугодия, девяти месяцев и, как следствие, года фиксируется невыполнение объемов МП при полном использовании средств в соответствии с ТП ОМС. А в разрезе отдельных лечебных учреждений идет перевыполнение объемов, страховые медицинские компании отказывают в оплате, и, как следствие, ухудшается доступность МП. Подобные факты говорят о плохой работе Территориальной комиссии в субъекте РФ.

Глава ФФОМС сделала акцент на том, что Территориальная комиссия – орган, который должен заседать ежемесячно и в соответствии с оказанной МП оперативно регулировать объемы для того, чтобы население субъекта РФ получало МП качественно и в срок.

Виктор Михайлович Черепов, исполнительный вице-президент Российского союза промышленников и предпринимателей, рассказал о взаимодействии РСПП с органами государственной власти в области развития про-

изводства отечественных ЛС и совершенствования нормативно-правовой базы.

Наступило время, когда медицинское и фармацевтическое сообщества активно объединяются для коллегиального обсуждения и решения многих вопросов. Членами РСПП являются многие организации и объединения фармацевтического рынка: АРФП, АИРМ, РААС, Росмедпром и др., что позволяет выражать коллективную позицию фармбизнеса.

В свою очередь РСПП тесно взаимодействует с исполнительными органами власти – Росздравнадзором и Роспотребнадзором, принимает участие в работе Комиссии Правительства РФ по охране здоровья населения. Все законодательные акты, касающиеся регулирующего воздействия, направляются членам РСПП, затем их мнения консолидируются, и обобщенная позиция РСПП направляется в Правительство РФ, профильный Комитет Госдумы, Совет Федерации и Администрацию Президента России.

В.М. Черепов остановился на том, какие предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы были поддержаны РСПП. В частности, упомянул поправки в проект приказа Минпромторга России «Правила организации производства и контроля качества ЛС», зарегистрированный в Минюсте РФ 10.09.13, поправки в **Федеральный закон «О Техническом регламенте «О безопасности изделий медицинского назначения»**, в проекты Федерального закона «О внесении изменения в Федеральный закон «Об обращении ЛС» и в ст. 333.32.1 ч. 2 НК РФ, а также целевой модели медицинского страхования и др. С учетом мнения комиссии РСПП в Правительство РФ внесен проект закона «О внесении изменений в ст. 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», и с 2014 г. появится новый вид прививок – от пневмококковых заболеваний.

РСПП активно работает с Торгово-промышленной палатой (ТПП) РФ. Совместно с ТПП и РАМН был создан Клуб инвесторов медицинской и фармацевтической промышленности, основная задача которого – привлечение инвестиций в дан-

ные отрасли. Эта работа согласуется с политикой Минздрава РФ. Так, на встрече 5 августа с.г., которая проходила с участием представителей РСПП, министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова заявила о том, что Минздрав обеспокоен медленным развитием медицинской промышленности, недостаточными объемами инвестиций в нее, и в связи с этим планируется ввести должность заместителя министра по государственно-частному партнерству. Не прошло и месяца, как должность была введена, и функции по увеличению негосударственных инвестиций в отрасль возложены на С.А. Краевого.

Представители РСПП встречались с ним и определили пути взаимодействия. В частности, был создан Консультативный совет между бизнесом и Минздравом РФ. На период 2014–2016 гг. предстоит изыскать дополнительные средства для развития здравоохранения. Возможности федерального бюджета в этот период времени ограничены в связи с мировым экономическим кризисом и инфраструктурными перестройками российской экономики. Ожидается, что развитие государственно-частного партнерства станет эффективным инструментом увеличения инвестиций.

Как отметил спикер, много проблем возникает в сфере обращения ЛС в связи со вступлением России в ВТО. При этом Россия – активный член Таможенного союза, Европейского экономического пространства, Европейской экономической комиссии, ЕврАзЭС, СНГ. Назрела необходимость формализации и адаптации российского законодательства для его гармонизации с законодательствами стран – участников, прежде всего, Таможенного союза, ЕврАзЭС и СНГ. Поскольку пока Беларусь и Казахстан более активны в законодательном плане, российские товары постепенно вытесняются с рынков государств Таможенного союза и начинается экспансия дешевых товаров на территорию России.

Продолжение в МА №12/13

Юлия ТАРАНИНА

- ♦ постановление ФАС Московского округа от 17.10.12 №Ф05–9045/2012 по делу №А40-106906/11-149-684;
- ♦ определение ВАС РФ от 21.06.13 №ВАС-5862/13;
- ♦ определение ВАС РФ от 15.06.13 №ВАС-8933/13.

«Данные объективно выраженные действия участников торгов по лоту №16 уже сами по себе свидетельствуют о наличии устного соглашения между ними, направленного на поддержание цены по контракту, что о наличии такого соглашения показывает и анализ поведения участников размещения заказа в период проведения торгов, а также после их завершения». (Постановление ФАС Московского округа от 22.04.13 по делу №А40-94475/12-149-866). Подобная позиция антимонопольного органа создала прецедент.

Достаточным доказательством наличия запрещенного соглашения, ограничивающего конкуренцию, ведомство признает:

1. Факт, что компаниями до проведения аукциона были заключены договоры купли-продажи лекарственного средства – предмета аукциона.
2. Хозяйственную переписку между компаниями о заключении договоров.
3. Факт одновременной подачи заявок на участие в спорных торгах и пассивное поведение одной из компаний.

Суды не согласились с доводами антимонопольного органа, т.к.:

1. Факт заключения запрещенного соглашения не был доказан антимонопольным органом в силу того, что антимонопольный орган не провел анализа товарного рынка, его состояния и возможных объективных причин, объясняющих однотипность поведения хозяйствующих субъектов – участников рынка.
2. Антимонопольным органом не были исследованы должным образом фактические обстоятельства, связанные с взаимоотношениями участников торгов между собой, их взаимоотношения с поставщиками лекарственного препарата, а также условия оборота этого товара на рынке РФ.

3. Пассивное поведение одной из компаний не является доказательством наличия соглашения между участниками торгов, т.к. снижение максимальной цены контракта является не обязанностью, а правом участников.

4. Выбор такого поведения, как неподача ценовых предложений на аукционе, сам по себе не является безусловным доказательством противоправного поведения и заключения антиконкурентного соглашения и может быть обусловлен рядом объективных факторов.

5. Антимонопольный орган не представил доказательств получения компаниями материальной выгоды в результате заключения предполагаемого антиконкурентного соглашения, а также причинения материального ущерба государственному бюджету.

Суд кассационной инстанции не потребовал от антимонопольного органа детального анализа соответствующего товарного рынка, доказательств того, что действия участников торгов были заранее согласованы между собой, или доказательств получения участниками торгов реальной экономической выгоды, и указал, что доказательством антиконкурентного соглашения, заключенного в устной форме, признаются фактические действия участников торгов, которые, по мнению суда, сами по себе свидетельствуют о наличии устного соглашения и не свидетельствуют о наличии их экономической обоснованности и целесообразности в целом.

В свою очередь, Верховный арбитражный суд (ВАС РФ) признал правомерность решений нижестоящих судов и отказал компаниям в передаче дела для пересмотра в Президиум ВАС РФ, решил, что суды обоснованно исходили из конкретных обстоятельств дела и доводов сторон, которым дана верная правовая оценка, и что вывод о доказанности сговора на торгах по закупке лекарственных средств является обоснованным.

Александр Кинев, заместитель руководителя ФАС России, выступая на конференции «Противодействие картелям. Итоги, проблемы, перспективы» в марте этого года, отметил, что количество дел по кар-

телям будет снижаться, но качество их повышаться. Под пристальным вниманием ведомства остаются «такие социально значимые отрасли, как продукты питания, лекарственные препараты, услуги ЖКХ. Все, что связано с вопросами государственных закупок, соговорами на торгах – эти направления также приоритетны» для ФАС России.

Борьба с картелями будет вестись традиционными методами: все более популярными становятся выездные проверки (если в 2009 г. их было проведено 19, то в 2012 г. – уже 43); активно привлекаются правоохранительные органы, в частности, используются материалы, поступившие из ОВД и органов прокуратуры (за 3 последних года по таким материалам возбуждено 65 дел по ст. 11 закона «О защите конкуренции»). Среди новых методов — практика направления материалов в правоохранительные органы в форме заявления о преступлении в порядке ст. 144 УПК РФ; расширение участия представителей прокуратуры, органов внутренних дел и ФСБ России во внезапных проверках, проводимых антимонопольными органами; формирование практики привлечения госслужащих ФАС России к следственным действиям, проводимым правоохранительными органами – обыскам, допросам.

ФАС России ставит следующие задачи по борьбе с картелями:

- ♦ формирование положительной судебной практики, в т.ч. совместная работа с Высшим арбитражным судом над новой редакцией положений постановления Пленума ВАС РФ, касающихся картелей;
- ♦ усиление взаимодействия с правоохранительными органами, в т.ч. оказание им содействия в окончании расследования ряда уголовных дел по ст. 178 УК РФ и передаче их в суд;
- ♦ расследование международных картелей, в т.ч. возбуждение ряда дел о нарушении антимонопольного законодательства в отношении иностранных юридических лиц.

Анна ГОНЧАРОВА

КоАП: какие нововведения нас ожидают в 2014 г.

С 2014 г. в связи с внесением изменений и дополнений в Кодекс административных правонарушений (КоАП) нас ожидают нововведения в проверках контролирующими органами фармацевтических организаций, в части наложения новых видов штрафных санкций по результатам выявленных правонарушений.

В КоАП во втором чтении вводится следующее изменение – разрешение контролирующим органам в сфере здравоохранения не только составлять протокол об административном правонарушении, но и принимать по нему решение об административных правонарушениях.

Крупнова Ирина Викторовна

Начальник управления организации государственного контроля обращения ЛС Росздравнадзора



Отвечаешь за качество ЛС в аптеке, за внутренний контроль – нет

В части фармдеятельности нас ожидают новые виды штрафных санкций, практика административных штрафов и предупреждений сохранится. Появятся два новых вида административных нарушений: первое – дисквалификация сотрудника, допустившего нарушение, на

срок от 6 месяцев до 3 лет, второе – дисквалификация за нарушение оборота лекарственных средств (как пример, обращение недоброкачественного ЛС), когда штрафные санкции предусматривают денежное взыскание от 0,125 до 0,25% от суммы реализации данного препарата за год в виде штрафов. Штрафные санкции будут накладываться на юридическое лицо в размере от 100 до 500 тыс. руб.

В дальнейшем все это может вылиться в борьбу между контролирующим органом, который хорошо

знаком с нормативно-правовыми актами, и организациями, осуществляющими фармацевтическую деятельность. Защищая свои права на осуществление фармацевтической деятельности, аптечные организации могут поставить вопрос перед контролирующими органами: «А правильно ли те провели проверку?»

Фармацевтический работник не просто осуществляет торговлю, но и соблюдает правила внутреннего контроля аптечной организации. При проверках контролирующим органам на вопрос: «Кто у вас отвечает за качество?» – часто дают ответ: «За контроль качества лекарственных средств отвечает такой-то». Контрольные органы вкладывают иной смысл во вменяемые ему обязанности, а именно: «специалист, контролирующий качество ЛС, должен нести ответственность за все учреждение в целом, согласно положениям нормативно-правовых актов». Штрафные санкции на должностное лицо за нарушения внутреннего контроля теперь будут от 20 до 50 тыс. руб.

Со стороны представителей аптечной розницы может возникнуть вопрос: «Как можно защитить себя от контролирующего органа»? Отвечаю. Согласно постановлению Правительства РФ от 22.12.11 №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», в котором прописано, что лицензионный контроль в сфере производства ЛС и фармацевтической деятельности предусматривает наличие специалиста,

который *должен* заниматься соблюдением внутреннего контроля аптечной организацией. В ОСТ 80 четко прописано, что это должен быть специалист из руководящих лиц, который будет отвечать за качество производственных процессов.

Контролирующие органы понимают, что, когда по результатам контрольных мероприятий должностное лицо приглашается на составление протокола об административном правонарушении, то он должен понимать – все, что было выявлено в ходе проведения проверки до составления соответствующего акта, будет просматриваться «под лупой». Со своей стороны должностному лицу также необходим пристальный контроль, чтобы отыскать неточности в предъявляемых требованиях об административных правонарушениях, что, в свою очередь, позволяет уйти от ответственности. Федеральный закон от 26.12.08 №294-ФЗ «О защите юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» написан с целью лучшего проведения проверки и в большей степени касается деятельности аптеки.

В настоящее время у нас нет Административного регламента по проведению лицензионного контроля и по лицензированию фармацевтической деятельности, но эти документы находятся в завершающей стадии подготовки.

Дружите с законодательной базой? Проверка не страшна

Ежегодно в России открываются более 500 аптечных учреждений; ежемесячно появляются новые участники фармрынка – от 10 до 20 компаний. Особого внимания сегодня заслуживают два законодательных акта: Федеральный закон от 04.05.11 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ФЗ-99) и Федеральный закон от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ФЗ-61).

За нарушение лицензионных требований, согласно ст. 14.1 и ст. 19.5 КоАП, предусмотрены разные штрафные санкции: для государственных учреждений – от 100 до 200 тыс. руб., для компаний, занимающихся извлечением прибыли, – от 40 до 50 тыс. руб. Росздравнадзор,

30–60% медкарт содержат ложную информацию

Окончание, начало интервью с А.В. Саверским, президентом Лиги защитников пациентов – в МА №10/13



Александр Владимирович, есть ли у пациента реальные шансы выиграть судебный процесс против медицинского учреждения? К каким сложностям необходимо готовиться?

Отношение к «медицинским» делам зачастую местническое. Прокуроры стараются не возбуждать их. Нередко причины отказа в возбуждении дела объясняют прямым текстом: «Я сама в этом роддоме рожала, и мои дети будут здесь рождать, я не буду возбуждать уголовное дело». Другой вариант: в поликлинике лечатся глава района и его семья. 30–60% первичной медицинской информации, отраженной в документах, которые поступают к нам, в суды, прокуратуру, не соответствуют действительности.

У врачей есть возможность дописать, исправить, да и просто переписать историю болезни. Что они и делают при возникновении проблем с пациентами. По статистике Федерального фонда ОМС, за год российские суды принимают в производство около 800 дел по фактам медицинских нарушений. Ежегодно выносят примерно 350 решений, 240 из них – в пользу пациента. Уголовное дело заканчивается приговором, наверно, в одном случае из 50.

Что может сделать пациент, чтобы защитить себя от «исправлений и дополнений» в медкарте и сохранить подлинную историю болезни?

Мы рекомендуем вести архив своего здоровья. Делайте копии своей карты, когда она попадает вам в руки, фотографии, храните чеки, квитанции, результаты анализов и пр. И не только на случай конфликта. Жизнь бывает порой такой длинной, что могут понадобиться анализы десятилетней давности. По закону вы имеете право получить копии и посмотреть оригинал истории болезни. Практика, когда историю дают на руки, – неверная, карта является собственностью медучреждения, а вот информация в этой карте принадлежит гражданину.

Куда, кроме суда, может обратиться российский пациент за защитой своих прав?

В нашей стране нет органа, который занимается правами пациентов. Страна давно нуждается в создании здравоохранной прокуратуры – по примеру природоохранной и транспортной, а также в организации института уполномоченного по правам пациентов и института независимой медицинской экспертизы. В настоящее время пациент может обратиться к нам за консультацией, посмотреть на нашем сайте информацию, по ряду вопросов помочь может и страховая компания, но, увы, при серьезном конфликте с врачами СМО не встанет на вашу сторону.

Каковы реальные возможности пациента в современной России защитить свои права?

Если речь идет о врачебных ошибках – такие возможности есть. Статистика ФФОМС показывает, что пациенты выигрывали две трети исков. Просто суммы компенсаций были смешные – в среднем около 12 тыс. руб. Сейчас средняя цифра – около 90 000. В последние годы мы начали выигрывать компенсации от 800 тыс. до 1 млн 600 тыс. руб. Максимальная сумма морального вреда за заражение ВИЧ,

СПИД при переливании крови – 3,5 млн руб. в Воронеже еще в 2008 г., и пока не менялась.

В свое время мы получили крупные выигрыши по акушерским делам, которые тянулись несколько лет. Первый случай – смерть «платной» роженицы в одном из московских роддомов. (Не буду его называть, потому что его администрация уже полностью поменялась.) Женщине стимулировали роды неразрешенным препаратом. А ей вообще нельзя было рожать самой. Пациентка погибла. В том же роддоме мать и ребенок умерли от инфекции на следующий день после родов. Самое потрясшее то, что врачи знали о сепсисе у женщины, но не дали ей антибиотиков.

Еще в одном роддоме из-за халатности врачей погиб младенец. Мать чудом выжила, но больше не может иметь детей. Ей удалили матку. На то, чтобы выиграть эти дела в гражданском суде, у нас ушло несколько лет. Только по одному из этих дел было проведено 50 судебных заседаний, 43 допроса и 8 экспертиз, хотя сейчас мы стараемся не затягивать все до такой степени и завершаем процессы за пару лет, но это все равно большой срок.

Вина врачей в этих случаях очевидна. Почему же судебные процессы тянутся годами?

Иногда очевидна, иногда нет – это в любом случае надо доказывать и надо уметь это делать. Все упирается в амбиции медиков. Типичная картина – врач применил неразрешенный препарат, и погиб человек. На суде врач заявляет: «Что вы мне вопросы по акушерству задаете? Я доктор медицинских наук!» Буквально – светило! И попробуй что-нибудь ему докажи. Здравоохранение – корпорация, хотим мы этого или не хотим. Общее имущество, общее место работы, общий язык, не знакомый нам. Чтобы выиграть суд, мне нужно изучить хотя бы язык. Иначе я не смогу связать и двух слов.

С одной стороны, корпорация – это хорошо. Врачи обмениваются опытом, информацией, научными достижениями. Но корпорация стремится всеми правдами и неправдами оправдать себя. И, чтобы защитить пациентов, нужны элементы внешнего контроля. Например, Росздравнадзор не должен быть частью Минздрава. Завидую австрийцам, у которых есть уполномоченный по правам пациентов. Нам он жизненно необходим! Пусть им станет тот же Росздравнадзор, но только независимый от системы здравоохранения.

Есть и другая трудность: пациенту (как и его родным и близким) очень сложно быть судьей в собственном деле. Человек пребывает в отчаянии и часто не может понять, что конкретно произошло. Нам же хватает часто 15 минут, чтобы во всем разобраться. Несведущему человеку очень сложно судиться с медиками, которые изъясняются на своем языке. Поэтому мы пока остаемся последней надеждой для многих беззащитных. А делать это должно государство за деньги тех же налогоплательщиков, которые страдают от действий части этого государства – здравоохранения. Иначе получается, что пострадавший человек за свои деньги должен судиться с государством. Разве это справедливо? Мне кажется, нет. И мы не можем брать деньги с этих людей – это неэтично, и им самим нужна помощь. Но нас мало, и мы периодически начинаем искать источники финансирования, чтобы продолжать помогать людям, которым больше некому помочь.

отследив эту дискриминацию, выступил с инициативой внести в КоАП изменение – нивелировать социальную несправедливость. Все лицензиаты, которые будут нарушать лицензионные требования, будут иметь одинаковые штрафные санкции, а их размер в будущем увеличится от 100 до 500 тыс. руб. У нас есть вся нормативно-правовая база для такого ужесточения.

Соответственно контрольные мероприятия отличаются по своему объему. При проверке фармдеятельности, в первую очередь, обращается внимание на наличие лицензии; кроме того, будут проверены имущественные отношения, материально-техническая база и наличие специалистов надлежащего уровня. Если же говорить о контроле за фармдеятельностью, но только в рамках обращения ЛС, то он будет касаться только тех производственных операций, которые связаны с обращением ЛС (приемка, хранение, реализация, отпуск) непосредственно до этапа их уничтожения.

По сравнению с 2011–2012 гг. за 9 месяцев 2013 г. по результатам проверок увеличилось количество нарушений. В настоящее время каждая третья (!) проверяемая аптечная организация либо оптовый склад нарушают в большей или меньшей степени законодательство РФ. Соответственно увеличилось и количество штрафных санкций, обоснованных ст. 14.43 КоАП. Назначенные судом штрафные санкции составляют сумму свыше 1 млн руб.

Какие нарушения в приоритете

Приоритетными остаются нарушения по реализации ЛС, несмотря на то, что вышел закон об ограничении отпуска кодеиносодержащих препаратов. Несмотря на выявляемые, в т.ч. и при проверках ФСКН, нарушения, реализация идет не только с нарушением правил отпуска (не более двух упаковок в руки одного пациента), но и поштучный отпуск (при контрольных мероприятиях в Рязанской обл.). Есть нарушения по части хранения ЛС (по температурному режиму) как у оптовых структур, так и в аптечных учреждениях.

Вопрос, остающийся на контроле Росздравнадзора в соответствии с действующим законодательством, это – наличие минимального ассортимента. Зачастую в проверяемых организациях выявляется отсутствие необходимых средств для оказания первой медицинской помощи.

Третьим, актуальным по распространенности нарушением, является решение, принятое аптечным учреждением или оптовым складом о прекращении деятельности, но при этом не ставится в известность контролирующий орган, в соответствии с ФЗ-99.

На четвертой позиции находится нарушение, связанное с предоставлением информации о недоброкачественных и фальсифицированных ЛС; если быть точным, то непредоставлением. И это, несмотря на то, что в каждом аптечном учреждении или на оптовом складе имеется человек, отвечающий за качество ЛС, эта обязанность прописана в лицензионных требованиях.

Еще одна большая проблема аптечных организаций – наличие сертифицированных специалистов, а точнее их отсутствие. О плановой проверке контролирующий орган предупреждает за 3 рабочих дня, о внеплановой – за 4 часа. Внеплановая проверка позволяет отслеживать отсутствие специалистов, имеющих фармобразование. На одно аптечное учреждение в настоящее время приходится не более 1,5 про-

визора, фармацевта. Чаще всего в торговом зале стоят консультанты, из которых отдельные «специалисты» плохо ориентируются в русском языке. Согласно действующему законодательству существует запрет на привлечение к работе специалистов из мигрантов, только граждан РФ. Так вот теперь в КоАП появится новая штрафная санкция – за привлечение к работе таких работников.

К вам едет ревизор! Что делать?

На что обращать внимание, когда к вам пришел ревизор? Необходимо находить время для ознакомления с новыми нормативно-правовыми актами. В Федеральный закон №38-ФЗ «О рекламе» внесена поправка, на основании которой с 22 октября 2013 г. за предоставление недостоверной информации или рекламы БАД на рекламоделателя и учреждение, распространяющее недостоверную информацию, накладываются штрафные санкции. Аптечное учреждение несет ответственность за любую неточность.

Контролирующим органам хорошо известно, что ни врачи, ни фармацевты в полном объеме не ориентируются в МНН. Часто контролирующим органам приходилось пользоваться услугами НП «Аптечная гильдия» при составлении именных списков ЛС – к сожалению, большинство фармацевтических работников привыкли к торговым наименованиям ЛС. В связи с этим присутствуют определенные сложности.

Не стоит бояться и уходить от подачи исков в суд, именно он может рассудить: кто прав, кто виноват. Недавно мы делали ссылку на письмо Минэкономразвития и Минздрава о том, что лицензия может быть одна. Например, судебное разбирательство с участием представителя Росздравнадзора и компании «Фармако» (Санкт-Петербург) закончилось в пользу последней, которой удалось доказать, что лицензия может быть не в единственном числе.

Когда подавалась статистика в Минэкономразвития по итогам 2012 г., решениями суда либо на уровне прокуратуры были отменены результаты 385 контрольных мероприятий, они были признаны недействительными. И даже если аптека нарушала, но смогла опротестовать результаты проверки, она избежала ответственности.

Любая проверка начинается с приказа и распоряжения. Представитель проверяемой аптечной организации должен четко представлять, зачем к нему пришли (цель) и что будут проверять (предмет проверки). Если на эти вопросы трудно ответить, значит, правда на стороне проверяющего.

В настоящее время только прокурорская проверка проводится внепланово, без уведомления, но в этом случае проверяющий должен знать, что и к прокурорской проверке также имеются требования. Приказ о проверке должен прийти по почте с уведомлением, за 3 дня до начала проверки. Уполномоченный представитель аптечной организации должен участвовать в проверке наравне с контролирующими органами. В ближайшее время в КоАП появится статья, регламентирующая штрафные санкции за непредставление документации по требованию контролирующих органов. Штрафные санкции за это нарушение будут достаточно высокими.

Второй этап проверки – визирование и подход к итогам контрольного мероприятия – все это отражается в

акте по результатам проверки. Акт должен быть составлен по всем правилам, т.е. в нем должны быть перечислены все выявленные нарушения с обязательной ссылкой на нормативно-правовой акт. Представитель контролирующего органа должен пояснить вид нарушения, чтобы в последующих проверках аптечной организации можно было избежать ошибок.

Следует ли обращать внимание на то, кто приходит с проверкой? Да. Проверка может быть отклонена по причине невнесения в приказ изменений в составе контролирующего органа. На момент проверки кто-то из представителей контролирующего органа может заболеть, срочно уехать в командировку. На это должны быть соответствующие изменения в приказе, с уведомлением проверяемой организации.

Привлеченные эксперты должны иметь аккредитацию. В приказе обязательно должно быть указано свидетельство об аккредитации. На завершающем этапе акт проверки визируют все члены комиссии и представитель проверяемой организации. 50% проверок было отклонено по причине, что не все представители контрольных органов, заявленные и присутствующие на проверке, завизировали акт проверки.

С планом проверок можно ознакомиться на сайте Прокуратуры, заранее узнать состав комиссии, время проведения проверки, ее цель и предмет. Для того чтобы хорошо подготовиться к проверке, необходимо знать Федеральный закон от 29.12.09 №383-ФЗ «О внесении изменений в часть первую Налогового кодекса Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации», в котором оговорены штрафные санкции и требования, предъявляемые к контролирующему органу.

В случае недовольства результатами проверки аптека может подать жалобу. Жалоба может быть как в случае досудебного решения, так и с обращением в суд. Если проверяемый решил урегулировать все в мирном порядке, то он имеет право подать в территориальный или центральный орган Росздравнадзора жалобу, которая в течение 15 дней должна быть рассмотрена. Кроме того, если контролирующий орган допустил в ходе проверки нарушения, в течение 5 дней они должны быть устранены.

В рамках работы Росздравнадзора за 9 месяцев с.г. у нас имеются 3 жалобы, 2 из которых признаны не в пользу контролирующих органов, и в одном случае частично был прав проверяемый объект. В постановлении Правительства РФ от 16.08.12 №840 «О порядке подачи и рассмотрения жалоб на решения и действия (бездействие) федеральных органов исполнительной власти и их должностных лиц, федеральных государственных служащих, должностных лиц государственных внебюджетных фондов Российской Федерации» можно ознакомиться с тем, как аптечному учреждению правильно составить жалобу. Исключается наложение одних и тех же контролирующих функций на разные проверяющие органы.

По материалам секции «Реализация ЛП для медицинского применения, международные стандарты и российские перспективы» в рамках XV Всероссийской конференции «ФармМедОбращение 2013»

Ольга ДАНЧЕНКО

Вакансии: фармацевтика и медицина

Дополнительная информация по условиям работы на сайте: www.RabotaMedikam.ru

Вакансия	Компания	Зарплата, мес., тыс. руб.	Опыт работы	Требования к соискателю	Месторасположение, ближайшая ст. метро, ж/д
Фармацевт <i>Вакансия №12803</i>	«Аптека у Эльзы» (возможно, как подработка)	от 35	нет опыта	гр. РФ; в/о или ср./спец. фарм.; наличие сертификата и мед. книжки; уверенный ПК-пользователь	«Крылатское»
Фармацевт <i>Вакансия №11974</i>	«Димфарм»	от 40	от 1 года до 3 лет	гр. РФ; в/о или ср./спец. фарм.; отличное знание апт. ассортимента; наличие сертификата и мед. книжки; уверенный ПК-пользователь, ККМ (комп.)	
Провизор/фармацевт <i>Вакансия №11326</i>	«Феерия»	от 45	от 1 года до 3 лет	гр. РФ; в/о или ср./спец. фарм.; наличие сертификата и мед. книжки; уверенный ПК-пользователь	«Каховская», «Калужская»
Провизор/фармацевт <i>Вакансия №12643</i>	«Авеста Фармацевтика»	от 35	от 1 года до 3 лет	гр. РФ; в/о или ср./спец. фарм. (мед.); наличие сертификата и мед. книжки	разные районы Москвы; МО
Заведующая аптекой <i>Вакансия №12646</i>	«Авеста Фармацевтика»	от 50	более 6 лет	гр. РФ; в/о фарм.; знание основ мерчандайзинга, технологий продаж, наличие сертификата и мед. книжки; организаторские способности, креативность, ответственность, коммуникабельность	«Семеновская»
Фармацевт <i>Вакансия №12778</i>	«Аптека №274 «Северное Измайлово»	от 35	нет опыта	гр. РФ; в/о или ср./спец. фарм.; наличие сертификата и мед. книжки; уверенный ПК-пользователь	
Зам. заведующего аптекой <i>Вакансия №2514</i>	«Флория»	от 45	от 3 до 6 лет	гр. РФ; в/о фарм.; опыт открытия аптек; наличие сертификата и мед. книжки	«Юго-Западная»
Фармацевт <i>Вакансия №13472</i>	«Городская»	от 37	от 3 до 6 лет	гр. РФ; в/о или ср./спец. фарм.; наличие сертификата и мед. книжки; навыки консультирования; уверенный ПК-пользователь, знание «М-Аптека» приветствуется	

Необходимо разработать профессиональные стандарты

Солонина Анна Владимировна

Проректор Пермской государственной фармацевтической академии по последипломному образованию и внебюджетной деятельности, зав. кафедрой УЭФ, д.ф.н., проф., засл. работник высшей школы РФ

Сфера деятельности фармацевтических работников достаточно обширна. Фармацевтам приходится сталкиваться с контролем качества, фармаконадзором – все это требует отдельного обсуждения. Впервые в Федеральном законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ-323) было дано понятие фармацевтического работника как физического лица, имеющего фармацевтическое образование и работающего в фармацевтической организации. Упомяну высказывание римского философа и врача Авла Корнелия Цельса – «Болезни лечатся не красноречием, а лекарствами».

Вернемся к современности, мировой рынок включает в себе более 350 тыс. лекарственных препаратов, рынок России – 18 тыс. ЛС. В паре «фармацевт – пациент» основная роль принадлежит фармацевтическому работнику. Задача фармацевта состоит в обеспечении того, чтобы лекарственная терапия пациента соответствовала показаниям, при этом была наиболее эффективной и доступной, насколько возможно безопасной, удобной в применении. Взяв прямую ответственность за потребности каждого пациента, фармацевты могут внести исключительный вклад в улучшение качества жизни пациентов. Новому подходу дано название «фармацевтическая помощь» как ответственное обеспечение лекарственной терапии в целях достижения четко выраженных исходов, которые улучшили бы качество жизни пациента. Фармпомощь подразумевает не только обеспечение лекарствами, но и просвещение, профилактику заболеваний, консультирование при самолечении, участие в управлении течением хронических заболеваний, на основе рационального использования ЛС. К сожалению, реалии сегодняшнего дня не всегда утешительны. Деятельность фармработников сегодня больше напоминает торговлю.

Врач-гигиенист русско-швейцарской школы Фридрих Эрисман еще в XIX в. четко определил ориентиры в фармдеятельности: «Стремление к быстрой наживе, легкомысленное отношение к интересам ближнего, отсутствие всяких нравственных принципов среди производителей фармтоваров подлежит всяческому осуждению». Для дня сегодняшнего очень показательно следующее объяснение: «В аптеку требуются заведующая и фармацевт-провизор. Образование не требуется». Специалистов недостаточно, и зачастую владельцы сетевых аптек принимают на работу людей, которые не имеют, вообще, никакого образования. Вся работа такого специалиста заключается в том, чтобы посмотреть по компьютерной базе наличие ЛП и проинформировать его отпуск. Эти простые действия по продаже лекарств не будут иметь будущего. Если фармацевтическая деятельность ограничит себя только торговлей, то нам, в конечном итоге, будет нелегко противостоять торговым сетям, оспаривающим у аптечных организаций право продажи ЛС.

ВОЗ утверждает, что фармацевты должны выйти из-за прилавка и приступить к оказанию помощи обществу, предоставляя услуги, а не только таблетки. Известно, что более 90% посетителей аптек доверяют советам фармработников. В современных условиях засилья рекламы только консультирование специалиста может служить дополнительным фактором привлечения посетителей в аптеки. Врачи нуждаются в информации по ЛС, хотя прямо в том не признаются. Для успеха в лечении пациентов необходимо объединить усилия медицинских и фармработников. Мы в свое время предлагали ввести должность провизора-информатора в районных поликлиниках, который собирал всю информацию о лекарственных препаратах и предоставлял ее врачам. В ФЗ-323 вводится много ограничений на медицинских представителей в фармацевтических компаниях, хотя именно они для врачей-практиков являются источником информации о новых ЛС, правда, стоит признать, не всегда эффективной.

Ожидания общества эволюционировали, и в компетенции провизора перечень рекомендованных ВОЗ фармацевтических услуг на период 2000–2005 гг. выглядит так: лечение по инициативе фармацевта, наблюдение за ходом лечения, оценка его эффективности, скрининг. В России фармработники всего вышеперечисленного пока осуществлять не могут.

В Испании, например, существует информационная поддержка фармацевтических работников, осуществляемая путем регулярных ежемесячных вычетов из зарплаты каждого фармработника 300 евро на поддержание функционирования центра фармацевтической информации. В свою очередь, эта служба каждого специалиста-фармацевта информирует обо всех изменениях в нормативных документах, о препаратах, изымаемых из обращения. Естественно, что при наличии такой мощной информационной поддержки необходимость в постдипломной подготовке отпадает. В США, например, единственный образовательный уровень – «Доктор фармации» – именно такой специалист может оптимизировать медикаментозную терапию, в предоставлении сфокусированной на пациенте медицинской помощи. Доктор фармации одновременно является специалистом здравоохранения.

На Украине утверждены стандарты высшего образования по специальности «Клиническая фармация», в числе провизорских должностей утверждена должность «Клинический провизор». В его обязанности входит консультирование врачей по вопросам лекарственной терапии, влияние на результаты лабораторных анализов, консультирование врачей по вопросам фармакоэкономики, участие в клинических исследованиях новых препаратов и консультирование пациентов.

В некоторых странах является требованием приобретение специализированных знаний в фармобласти, и в постдипломную подготовку включены следующие направления: «Социальная фармация», «Клиническая фармация», «Госпитальная фармация», «Промышленная фармация», «Фарманализ». Фармработники, проходящие эту переподготовку, имеют дополнительные бонусы к зарплате.

Государство берет на себя обязанность разработать систему подготовки фармацевта-провизора, тем самым, поддержания его профессиональной квалификации, гарантируя их компетенцию на протяжении всей деятельности. Компетенция сейчас поставлена во главу угла. В 2011 г. был утвержден новый стандарт профессионального образования по специальности «Фармация», по среднему образованию такой стандарт выпущен в 2009 г. Получается, что в настоящее время мы у себя в вузе обучаем студентов по двум стандартам: 060801, с квалификацией «провизор» и 060301, со специализацией «фармация», где уже компетентный подход. Совсем недавно утвержден третий стандарт, отличный от двух предыдущих, а значит, в следующем году обучение студентов будет проводиться уже по трем стандартам. В частности, как минимум 11 компетенций, связанных с обязанностью консультирования (43, 44, 45), а именно – способность и готовность к информационной работе среди врачей и провизоров, способность и готовность к информационно-консультативной деятельности при отпуске препаратов, и готовность и способность оказывать консультативную помощь населению по вопросам применения и совместимости лекарственных препаратов. Что касается консультирования врачебного персонала, то в этом случае более оптимальным будет специально организованное обучение в рамках форумов и конференций. У нас в Пермской академии организована школа для врачей-экономистов здравоохранения с целью рационального использования ЛС с учетом азов фармэкономики.

Реализовать роль фармацевта возможно через законодательство, национальную лекарственную политику, врачебную практику, надлежащую систему обучения. В России отраслевая нормативно-законодательная база постоянно обновляется, особенно в части приказов ведомственного министерства. Совсем недавно вступивший в силу Федеральный закон от 29.12.12 №173-ФЗ «Об образовании» очень много изменений вводит в послевузовское образование специалиста, постоянно меняются государственные образовательные стандарты, федеральные требования к интернатуре, ординатуре. Ниже приводится перечень приказов Минздрава России, которые регламентируют разные направления деятельности: приказ от 20.12.12 №1183 «Об утверждении номенклатуры должности медицинского и фармацевтического работника», приказ от 03.08.12 №66н «Об утверждении порядка и сроков совершенствования профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным программам», от 23.04.13 №240н «О порядке и сроках прохождения аттестации для получения квалификационной категории», от 19.03.12 №239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершив-

ших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала», приказ от 29.11.12 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».

Согласно приказу №1183 для фармацевтических работников утверждены следующие должности: руководитель, провизор, провизор-аналитик, провизор-стажер, провизор-технолог, старший провизор, также оговорены три должности для среднего образования. В приказе имеется неточность, когда упоминаются иные должности фармработников, под названием «младший фармперсонал» обозначены фасовщик и санитарка. На мой взгляд, более правильно было бы обозначить их как «вспомогательный персонал».

Смушает приказ №240н, который вносит значительные изменения в порядок получения квалификационной категории: «управление экономикой фармации», «фармацевтической химии и фармакогнозии» и «фармацевтической технологии». В одном из абзацев этого приказа написано: «...аттестация специалистов, имеющих иное высшее профессиональное образование и осуществляющих медицинскую, фармдеятельность, проводится по должностям, предусмотренным действующей номенклатурой...». Не совсем понятно, о каких иных лицах идет речь? Все законы о допуске к медицинской деятельности и фармацевтической деятельности говорят о том, что лицо «имеет фармобразование и сертификат специалиста». По новому закону с 2016 г. будет упомянуто свидетельство об аккредитации. Проходя аттестацию, фармработник должен писать отчет о квалификационной категории и сдавать экзамен, который включает в себя тестирование и собеседование.

Согласно приказу №239н студенты после IV курса могут сдать квалификационный экзамен по допуску специальной комиссии. В ее состав входят представители Росздравнадзора, Минздрава, субъекта Федерации и образовательной организации. Экзамен состоит из трех частей: тестовый контроль знаний, оценка практических навыков и собеседование. Те лица, которые имеют диплом, но не имеют пока сертификата специалиста, например, интерны, которые желают, параллельно обучению, работать, могут сдать экзамен. Им дадут выписку из протокола сдачи экзамена, у них будет еще копия диплома о высшем образовании. Для студентов допуском к фармдеятельности будет академсправка и выписка из протокола сдачи экзамена.

У нас в аптечной практике нет различия по должностям для среднего и высшего персонала. Если ранее были ограничения в лицензионных требованиях, к примеру, на должность руководителя назначался человек, имеющий высшее образование, то в настоящее время на должность руководителя может быть назначен специалист, не имеющий высшего фармобразования, но имеющий стаж фармацевтической деятельности 5 лет. Налицо несоответствие.

В медицине медсестра никогда не будет работать за врача, а врач не будет выполнять функции, возложенные на медсестру. Мы пытаемся разработать перечень фармацевтических работ и услуг в рамках стандартизации фармдеятельности для того, чтобы конкретно определиться: кто, чем должен заниматься. Необходимо разработать профессиональные стандарты. Вы знаете, что согласно указу Президента разработано около 800 профессиональных стандартов. В настоящее время разработан проект профессионального стандарта для специалиста, имеющего среднее фармобразование.

Согласно приказу №982н утверждена новая форма сертификата специалиста – зеленого цвета, на защищенном бланке, в твердой корочке, печатается на компьютере, в специальном модуле, отдельно фиксируется результат сертификационного экзамена. Для его получения необходимо окончить курсы повышения квалификации, экзамен на сертификат состоится в такой форме, какую выберет сама образовательная организация: собеседование, тест, итоговый реферат. Экзамен на сертификат специалиста состоит из трех частей: тестовый контроль, практические навыки и собеседование. Согласно новому нормативному акту, должности провизор и фармацевт могут занимать одинаковые, но для фармацевта – упрощенный вариант получения сертификата специалиста. Провизору сразу после вуза никто не разрешит сдавать экзамен на сертификат. Для этого нужны интернатура, курсы повышения квалификации. Со средним фармобразованием,

Журналы учета – в электронную форму

Николаева Наталья Михайловна

Начальник отдела нормативно-правового регулирования фармацевтической деятельности, оборота наркотических средств и психотропных веществ Минздрава России

Действующий приказ Минздрава России от 14.12.05 №785 определяет перечень наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров, определенные позиции списков А и В, 45 монопрепаратов, 42 комбинированных, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ).

С 2005 по 2013 г. Минздрав России уполномочил отдел нормативно-правового регулирования сформировать и утвердить все эти списки, которые ранее применялись, но законной силы не имели. И только в Федеральном законе от 25.12.12 №262-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» была заведена новая статья, гласящая о том, что есть такие понятия, как «предметно-количественный учет лекарственных средств для медицинского применения». Статья 58.1 определяет полномочия к федеральным органам исполнительной власти по утверждению перечня ЛС, подлежащих предметно-количественному учету, а также по обсуждению проекта включения ЛС, подлежащих предметно-количественному учету, в этот перечень. Статья определяет субъект осуществления предметно-количественного учета, это производители ЛС, чего ранее не было ни в одном из приказов Минздрава СССР и России, организации оптовой торговли ЛС, аптечные организации, индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую и медицинскую деятельность, и медицинские организации, осуществляющие обращения ЛС. Кроме того, эта статья определяет полномочия федеральных органов исполнительной власти по установлению правил регистрации операций, связанных с обращением ЛС, включенным в перечень ПКУ, в специальных журналах, а также правила по ведению и хранению этих журналов.

Контроль по соблюдению правил регистрации операций, связанных с оборотом и обращением ЛС, включенных в перечень ПКУ, а также с ведением и хранением специальных журналов, осуществляется уполномоченными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ в рамках лицензионного контроля.

В рамках реализации №262-ФЗ было принято постановление от 15.04.13 №342 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам обращения лекарственных средств для медицинского применения», в котором нашлось место четырем постановлениям Правительства: первое – от 19.06.12 №608 «Об утверждении Положения о министерстве здравоохранения Российской Федерации», второе – от 22.12.11 №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», третье – от 15.04.12 №291 «О лицензировании медицинской деятельности» и, наконец, четвертое – №686 – «Об утверждении Положения о лицензировании производства лекарственных средств».

Объединенное Постановление вступило в силу 25 июня 2013 г. В соответствии с ним в правила лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с производством ЛС, было введено новое лицензионное требование, нарушение которого является грубым. Это требование по соблюдению правил регистрации операций, связанных с обращением ЛС медицинского применения, включенных в перечень ПКУ, а также правила по ведению и хранению специальных журналов учета. Путем внесения изменений в постановление №608 за Минздравом России, наконец, были закреплены полномочия по утверждению перечня ПКУ, порядок включения ЛС в перечень и правила регистрации операций, связанных с обращением ЛС, включая и правила по ведению и хранению специальных журналов учета.

В соответствии с полномочиями, закрепленными благодаря нормативно-правовым актам, Минздрав РФ разработал приказ от 17.06.13 №378-н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету», зарегистрированный Минюстом в августе 2013 г., которым утвердил правила регистрации операций с оборотом ЛС для медицинского применения, включенных в перечень ПКУ, и правила по ведению и хранению специальных журналов учета.

Согласно приказу №378-н регистрация осуществляется в журнале учета, в определенной форме для производителей, оптовиков, аптечных учреждений, медицинских организаций. Нововведение – возможность записей в журнал учета в электронном виде. Установлены требования к оформлению журналов учета: брошюровка, нумерация, скопление подписей и печатей. Возможна ежемесячная распечатка листов, оформленных в электронном виде. Брошюровка осуществляется в конце года.

Кроме того, определены требования к заполнению журналов учета, естественно, на основании расходных и приходных документов. Обязательно ежедневное внесение записей в расходные документы, одновременно упрощена процедура записей в расходных листах. Хранение журналов учета ЛС, подлежащих ПКУ, осуществляется в специальных металлических шкафах или сейфах, вместе с подлинниками или копиями расходно-приходных документов.

Кроме этого, Минздравом РФ разработаны еще два проекта приказов. Первый проект – «Об утверждении порядка включения лекарственных средств в перечень подлежащих предметно-количественному учету» – был размещен на сайте Минэкономразвития 17 октября с.г. Направлен для размещения и проект приказа Минздрава России «Об утверждении перечня лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету». Он немного отличается от того проекта, который был в начале года вывешен на сайте Минздрава.

По первому проекту добавлю, что Порядок регистрации разработан с учетом действующего перечня ЛС и с учетом рекомендаций ФСКН, и, в соответствии с законодательством, приказ должен быть согласован с ФСКН России. Лекарственные средства будут включаться в перечень ПКУ с маркировочным, химическим и торговым наименованием с указанием лекарственной формы и при необходимости с указанием состава и количества содержащихся наркотически активных ингредиентов, учитывая, что в действующий перечень входят не только монопрепараты, но комбинированные лекарственные препараты. При этом обязательному включению в перечень средств, подлежащих ПКУ, подлежат наркотические средства, психотропные вещества, прекурсоры из Списков II, III, IV, все сильнодействующие и ядовитые вещества, определенные в Списках постановлением Правительства РФ №964, и препараты, отнесенные к комбинированным ЛП, содержащих малое количество наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, отпускаемых по форме №148 рецептурного бланка, подлежащих особому контролю.

Существует норма о включении иных ЛС в этот перечень. Иные ЛС будут включаться на основании письменных обращений, поступающих в Минздрав РФ от различных федеральных органов исполнительной власти, от государственных субъектов, от государственного антинаркотического комитета, от общественных, в т.ч. пациентских организаций.

Критериями включения иных ЛС в перечень будут являться данные о психоактивном воздействии на организм человека или формирование симптомов наркотической зависимости при употреблении ими, данные о медицинском применении этих препаратов более чем в 30 субъектах РФ, степень общественной опасности, причинение вреда здоровью и потребность в ЛС при лечении пациента.

получающим сертификат впервые, достаточно иметь положительный результат прохождения итоговой госаттестации. На мой взгляд, это не совсем правильно, нельзя уравнивать сертификаты для специалистов со средним и высшим фармобразованием. В Федеральном законе от 21.11.11 №323-ФЗ есть статьи, где определены права фармацевтических работников, а в конкретной статье, вступающей в силу с 01.01.16: «...права на занятие фармдеятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее фармобразование и свидетельства об аккредитации специалиста». Сейчас вопрос о получении послевузовской аккредитации только рассматривается.

В упомянутом Федеральном законе оговариваются ограничения на фармработников при осуществлении ими профессиональной деятельности. Это связано с тем, что в последнее время получили распространение приемы неэтичного маркетинга, и ВОЗ издала пособие, где зафиксированы все эти антиморальные программы продвижения ЛС через аптеки. В частности, нельзя от фармацевтических компаний принимать подарки, нельзя допускать оплату развлечений, отдыха, проезда, участвовать в развлекательных мероприятиях за счет средств фармацевтической компании, получать от компании образцы лекарств, заключать с ними соглашения о предложении населению определенных ЛС, предоставлять недостоверную информацию. За нарушение этой статьи аптечные организации несут ответственность. В проекте был обозначен пункт о запрете финансирования образовательных мероприятий фармацевтическими компаниями. В настоящее время он более не рассматривается. Был проект изменения в КоАП. В ФЗ-323 обозначены относительно легкие варианты ограничений.

Теперь остановимся на вопросе непрерывного профессионального образования. В Федеральном законе №243-ФЗ «Об образовании» (ФЗ-243) много нового. Введена ст. 82, касающаяся особенностей реализации профессиональных образовательных программ мед- и

фармобразования. Отменен термин «послевузовское образование», есть образовательные программы высшего и среднего образования, с присвоением квалификации «провизор» и квалификации «фармацевт», а также существует образовательная программа «дополнительного образования». Ранее, при повышении квалификации, чтобы сдать экзамен на сертификат специалиста, нужно было пройти курсы повышения квалификации, прослушав не менее 100 час., современные программы повышения квалификации не могут быть менее 16 час. Профессиональная переподготовка имеет минимальный объем часов – 500, при этом профессиональная переподготовка делится на два вида: получение новых знаний и усовершенствование имеющейся компетенции либо получение новой квалификации. Объем часов – более 1000 и отдельное лицензирование. Современная профессиональная переподготовка не может быть менее 250 час. При этом в законе прописано, что она может проводиться абсолютно разными формами, согласно решению самой образовательной организации. Она может быть частично или полностью в форме стажировки, или сетевые формы реализации образовательной программы по договорам с другими организациями. Сейчас каждая образовательная организация получила право самостоятельно отрабатывать формы и методы профессиональной переподготовки, это может быть в форме индивидуального плана обучения с конкретным специалистом. Согласно современным требованиям, ординатура имеет 144 зачетные единицы, интернатура была 72 зачетные единицы.

Пока я затрудняюсь сказать, какой продолжительностью будет ординатура для фармацевтической специальности. Вышел приказ Министерства образования №1061, который утвердил новый Перечень подготовки специалистов, там утверждены три программы подготовки в ординатуру:

- ♦ «управление и экономика фармации» – квалификация «провизор-менеджер»;

- ♦ «фармацевтическая технология» – квалификация «провизор-технолог»;
- ♦ «фармацевтическая химия и фармакогнозия» – квалификация «провизор-аналитик».

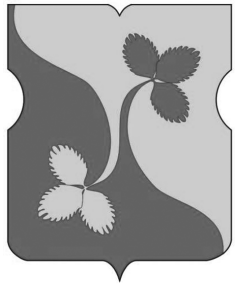
В итоге, ординатура взамен интернатуры. Продолжительность обучения находится в процессе обсуждения – для фармации предположительно один год. Все образовательные программы дополнительно образования обязательно подлежат итоговой аттестации в той форме, в которой сама образовательная организация примет.

ФЗ-243 определены названия документов на каждом этапе обучения. Что касается ординатуры, то обучение проводится по федеральным государственным требованиям, форма диплома утверждается на федеральном уровне. Пока она называется «Диплом о получении послевузовского профессионального образования». Форма будет меняться, т.к. в ФЗ-243 отсутствует понятие «послевузовское профессиональное образование». В случае повышения квалификации при профессиональной переподготовке – это будет удостоверение о повышении квалификации, а не свидетельство, как мы с вами привыкли (название утверждено ФЗ-243). Форму удостоверения каждая образовательная организация разрабатывает самостоятельно. Обязательным требованием является защищенность бланка, и прорабатывается вопрос о регистрации форм документов на федеральном уровне. В ст. 82 ФЗ-243 сказано, что «реализация программ фармобразования обеспечивается непрерывным совершенствованием знаний и навыков в течение всей жизни, а также постоянное повышение профессионального уровня и расширения квалификации». Соблюдение концепции Андре Моруа: «Делайте малое дело в совершенстве и относитесь к нему, как к делу великому», – позволяет организовать работу на должном уровне.

По материалам секций в рамках XV Всероссийской конференции «ФармМедОбращение 2013»

Ольга ДАНЧЕНКО

Одна дежурная аптека – на сто тысяч жителей района!



Восточное Дегунино – современный район, входящий в состав Северного административного округа города Москвы. На самом деле его массовая застройка началась лишь в 1970-х гг. А в начале прошлого века здесь располагались дачные поселки и простирались земляничные поля. Этот факт нашел свое отражение в символике герба Восточного Дегунина: два листа земляники на желто-зеленом фоне.

Интересно происхождение самого топонима «Дегунино». Самым ранним из известных документов, где упоминается село Дегунино, является Духовная грамота Ивана Калиты 1336 г., в которой он жалует село некоей княгине Ульяне с малыми детьми... В дальнейшем оно неоднократно меняло владельцев: было то княжеской вотчиной Дмитрия

Донского, то собственностью церкви Рождества Богородицы, а с конца XVIII в. по Указу Екатерины II перешло во владение государства. Наибольший всплеск деловой активности сельчан пришелся на время постройки здесь первого кирпичного завода. Жители Дегунина успешно занимались перевозкой кирпича и сдавали в аренду заводу свои земли. При этом их традиционным промыслом оставалось производство и продажа молока. История удивительным образом перекликается с современной, самый крупный в Европе производитель молока и молочных продуктов – Лианозовский комбинат – находится здесь.

Границы Восточного Дегунина окончательно определились только в 1990-х гг., после общей реорганизации административного деления Москвы.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий Месторасположение

Важно для 32 человек.

Географические очертания района Восточное Дегунино довольно незатейливы. Этот один из «спальных» районов столицы располагается практически между двух основных магистралей – Дубнинской ул. и линией железной дороги Савеловского направления.

Главной транспортной артерией при этом остается Дубнинская ул., по которой течет нескончаемый поток пассажиров от не самой ближайшей, но самой удобной с точки зрения транспорта ст. м. «Петровско-Разумовская», именно на этой улице находится большинство аптечных предприятий, как вблизи автобусных остановок, так и в торговых центрах. Лишь пассажирам, пользующимся электричками от платформы Лианозово, повезло – прямо рядом с платформой аптека. О них позаботился «Добрый доктор». Жителям района, пользующимся электричками от станций Дегунино и Бескудниково Савеловской железной дороги, не повезло, остается надеяться на аптеки, расположенные непосредственно в микрорайонах Восточного Дегунина.

Евгений, студент университета транспорта: «Было бы удобнее купить лекарство около дома, но, к сожалению, ни одной аптеки вблизи моего дома на Керамическом проезде пока нет. Выходить же специально на Дубнинской, где их в избытке, неохота. Так что я «затариваюсь» в основном в городе, возле места учебы».

Вообще метро – это единственное, чего пока остро не хватает быстро расширяющемуся району. Хотя до станций «Петровско-Разумовская», «Алтуфьево» и «Владыкино» добраться довольно легко, в ближайшей перспективе ожидается открытие станции метрополитена возле пересечения Дмитровского ш. и ул. 800-летия Москвы. Предположительно она будет называться «Юбилейная». Поэтому многие жители района прогнозируют «взрывное» развитие аптечной розницы в Восточном Дегунино, особенно вблизи нового транспортного узла.

Ирина Анатольевна, пенсионерка: «Я уверена, если откроют метро, возле него сразу возникнет очень много аптек, так как это месторасположение самое выгодное».

Пожилый мужчина возле аптеки АСНА «Фармакио»: «Моя дочь на днях родила мне внука в родильном доме №17, который размещается буквально в 100 метрах отсюда. Ее роды, к сожалению, прошли с осложнением, так что пришлось задержаться в роддоме на несколько дней, а мне стать постоянным посетителем близлежащей аптеки. Здесь вежливый и толковый персонал, отличный ассортимент и вполне посильные цены даже для меня, пенсионера! Если бы я жил рядом с ней, то ходил бы только сюда. Но я совершенно не жалею, что придется расстаться с этой аптекой. Быстрее бы дочь выздоровела...»

Ассортимент

Важен для 44 человек.

Ни одной рецептурно-производственной или специализированной аптеки в районе, к сожалению, не оказалось. Все аптечные предприятия готовых форм предлагают, в общем-то, один и тот же набор лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, и парафармацевтику. Как всегда, более разнообразен ассортимент крупных аптечных сетей: «Ригла», «Старый лекарь», «ОЗ Аптека», «Аптеки столицы», «Фармакио» (входит в АСНА), а также примкнувшая к ним аптека

«Уникум» ООО «Фармасити». В ходе исследования возле одной из аптек района удалось узнать мнение фармацевта: «Вы знаете, когда-то я работала в производственной аптеке и благодарна судьбе, что она подарила мне такой шанс, но мне кажется, что сейчас рецептурно-производственные отделы не так уж актуальны, в современных аптеках богатейший выбор лекарств, чего еще желать посетителям!»

В АП ООО «Аптека Никольская» работает отдел оптики, ортопедические товары представлены в АП ООО «Алекс» и аптеке АСНА ООО «Фармакио».

В ассортименте небольших аптек и аптечных пунктов преобладает традиционный набор лекарственных препаратов повышенного спроса, средства от ОРЗ и простуды, кремы и мази, витамины, БАД, средства личной гигиены.

Цены

Важны для 37 человек.

Цена остается наиважнейшим фактором при выборе аптеки, это подтверждают и результаты очередного исследования мнения населения. Причем разброс цен сразу бросается в глаза. На вершине ценовой пирамиды находятся крупные аптечные сети – «Ригла», «Старый лекарь», «ОЗ Аптека». Но, несмотря на высокие цены, они имеют устойчивый круг постоянных покупателей, среди которых в основном москвичи, которые не смотрят на цену, – те, кому важнее наличие позиции в ассортименте.

Маргарита Сергеевна, предприниматель: «Да, я люблю ходить в дорогие аптеки, там прекрасное обслуживание и нет очередей... Недавно зашла в одну известную в Москве сеть, где, соглашусь, можно купить лекарства по низким ценам, у... простояла в очереди. Девушка полчаса консультировалась по поводу побочных действий препарата, фармацевт терпеливо рассказывала и, похоже, никуда не спешила. И зачем мне тратить время на все это?»

Вместе с тем, сетевые аптеки постоянно пытаются расширить круг своих потребителей за счет «среднего класса», затеявая игру в специальные цены и акции, когда некоторые препараты и изделия медицинского назначения реализуются по «специальным», а по сути, среднерыночным ценам.

Рассмотрим разброс цен на три препарата.

Наименование аптечного предприятия	Цена на препарат		
	Оциллококцинум, гомеопатические гранулы, 6 доз	«Но-Шпа», 40 мг, 24 табл-етки	Лошадиная сила, бальзам для ног с конским каштаном и пиявками
«ИФК Дмитровская»	279-70	136	466-50
АП «Здравие»	283	135	416
АП Alpheda «Прагматэкс»	289	138	438
Аптека «На Дубнинской»	299	143	494
«Любимая аптека»	314	179	548
Аптека АСНА «Фармакио»	320	125	–
«Старый лекарь» №210	340	142-20	494
«ОЗ Аптека» №22	356	144	–
«Ригла» №73	377	143	556

Скидки

Важны для 26 человек.

По данным исследования, более двух третей аптек активно применяют в своей работе систему различных скидок. В 12 аптечных предприятиях района принимают «Социальные карты москвича» (СКМ), размер скидок по ним составляет от минимальных 3% в аптеке «ИФК» до 10% в аптеке «Уникум» ООО «Фармасити».

В ходе опроса исследовано 16 аптечных предприятий: аптека Nonikfarm ООО «Ромфарм» (ул. Дубнинская, д. 2, к. 2), аптеки АС «Уникум» – ООО «Фармасити» (ул. Дубнинская, д. 10, к. 1) и ООО «ФармУникум» (ул. Дубнинская, д. 26, к. 1), аптека №210 «Старый лекарь» ООО «Витим и Ко» (ул. Дубнинская, д. 12, к. 2), аптека №22 ООО «ОЗ Аптека» (ул. Дубнинская, д. 15, к. 1), аптека №73 «Ригла» (пр-д Керамический, д. 51, к. 2), аптека №19 АС «Аптеки столицы» ЦЛОиКК Департамента здравоохранения г. Москвы (ул. Дубнинская, д. 30, к. 1), аптека ООО «Фармакио» АСНА (ул. 800-летия Москвы, д. 22, к. 3), «ИФК Дмитровская» ООО «Аптеки «Скажите А» (ш. Дмитровское, д. 98), «Любимая аптека» ООО «Добрый доктор» (ул. Дубнинская, д. 52, стр. 3, ТЦ «Лианозово», пав. 201); АП ЗАО «Прагматэкс» АС Alpheda (ул. Дубнинская, д. 2, к. 6), АП ООО «Аптека Никольская» (ул. Дубнинская, д. 10, к. 1), АП ООО «Алекс» (ул. Дубнинская, д. 10, к. 2), АП ООО «Долголет» (ул. Дубнинская, д. 16, к. 1), АП ООО «Здравие» (пр-д Керамический, д. 47, к. 1), АП «На Дубнинской» ООО «Бизнес Холл» (ул. Дубнинская, д. 48).

Опрошено 185 человек, в т.ч. 102 женщины и 83 мужчины, из них: людей молодого возраста (15–28 лет) – 10%, среднего возраста (28–50 лет) – 31%, людей пожилого возраста (старше 55 лет) – 59%.

В аптеках АСНА, «Ригла», «Старый лекарь», «ОЗ Аптека», помимо СКМ, существуют и успешно реализуются собственные дисконтные программы, а также бонусные программы партнеров, в частности «Бонусы от Связной-клуб» и «Спасибо от Сбербанка» в аптеке №73 «Ригла».

Лишь 4 аптечных предприятия района работают без скидок: АП «Аптека Никольская», АП «Долголет», АП «Здравие» и «Аптека на Дубнинской». Причем из них лишь АП «Здравие» находится в нижней части ценовой тестовой таблицы, доказав таким образом реальность своих заявлений о низких ценах. Остальные аптечные предприятия, похоже, сильно лукавят.

В АП «Аптека Никольская» теме скидок по СКМ была посвящена целая петиция, размещенная на двери у входа. Фармацевты жалуются на вступивший 1 октября 2013 г. в силу новый порядок налогообложения, в связи с чем они вынуждены отменить скидки по «Социальной карте москвича». Но люди, которые в массе своей ничего не знают о налогообложении, остаются безразличными к этому «крику души». Тем более что в другой аптеке – «Уникум» ООО «Фармасити» – было вывешено объявление противоположного содержания; там скидки по СКМ решили сохранить.

Абсолютным лидером по соотношению «цена/скидки» является АП ООО «Алекс». Победитель нашего тестового ценового исследования может записать в свой актив еще и 10%-ную скидку по СКМ. Правда, она не распространяется на ЖНВЛП.

Профессионализм работников аптеки, дополнительные услуги

Важны для 24 человек.

Самой популярной дополнительной услугой в аптеках района стала возможность предварительного заказа лекарства, отсутствующего в продаже, в т.ч. бронирование лекарств через Интернет. Многие люди, прежде всего, жители окрестных домов, активно этим пользуются.

Бывший военнотрудовой, майор в отставке Валерий Петрович, у входа в аптечный пункт: «В эту аптеку я захожу почти ежедневно. Во-первых, покупаю кое-что из продуктов в магазине, а на выходе заглядываю в аптеку. Я очень доволен, что здесь мне удалось заказать нужный мне бальзам, которого сегодня, к сожалению, не оказалось в продаже».

Посетители АП Alpheda ЗАО «Прагматэкс» могут заодно с покупкой лекарств сдать необходимые анализы в лаборатории «Гемотест», которая располагается в том же помещении. Хотя, возможно, что это для посетителей лаборатории аптека стала приятным дополнением? Так или иначе, но такое плодотворное сотрудничество нашло положительный отклик с обеих сторон.

Бесплатно измерить давление можно в аптеках «Ригла», «Любимая аптека», «Аптека на Дубнинской» ООО «БизнесХолл» и АП «Аптека Никольская».

Мария, молодая мама: «Близость лаборатории и аптеки так выручает! Муж пошел сдавать анализы, а я забежала сюда. Так хорошо сложилось, и время сэкономим!»

Практически все аптеки района предоставляют своим посетителям возможность оплатить покупки пластиковыми картами; почти во всех аптечных предприятиях можно увидеть платежные или банковские терминалы.

Что касается личностных и профессиональных качеств фармацевтов, то самые хвалебные отзывы были услышаны в адрес работников аптеки №19 «Аптеки столицы», аптеки №22 ООО «ОЗ Аптека», «Любимой аптеки» ООО «Добрый доктор» и АП «Алекс».

«Мне уже и в голову не могло прийти, что в государственной аптеке могут работать молодые люди. Как-то привычнее было общаться со сверстниками, – признается гостья района, пенсионерка Ольга Матвеевна в предприятии сети «Аптеки столицы». – Молодой человек за прилавком оказался для меня полной неожиданностью. Признаюсь, впечатление от этого визита у меня сохранилось очень благоприятное».

Интерьер

Важен для 7 человек.

К сожалению, интерьер аптек района изысканным не назовешь. Все они, за редким исключением, занимают весьма небольшие помещения на первых этажах жилых домов, где не всегда хватает места для стеллажей с лекарствами.

Почему-то запомнился строгий, но не броский стиль, в котором исполнен интерьер аптеки №19 «Аптеки столицы» ЦЛОиКК Департамента здравоохранения г. Москвы: здесь нет ничего лишнего, знакомого по другим аптекам нагромождения рекламных инсталляций и плакатов, в торговом зале установлены лавочки, размещены цветы, а стены украшены ретро-фотографиями.

Самым роскошным предметом интерьера стал кожаный диван, установленный в АП «Аптека Никольская».

График работы

Важен для 15 человек.

После посещения аптек района Восточное Дегунино сложилось ощущение, что, наконец, удалось найти один столичный район, где ночью все тихо и мирно спят. Никто не болеет, не получает травмы, не требует срочной фармацевтической помощи. И действительно, на весь огромный район с населением под 100 тыс. человек нашлась лишь одна дежурная аптека – ООО «Фармакио» АСНА на ул. 800-летия Москвы, д. 22, к. 3, которая работает круглосуточно. Другую самопровозглашенную «дежурную» аптеку Nonikfarm ООО «Ромфарм» (ул. Дубнинская, д. 2, к. 2) назвать таковой можно лишь условно, ведь ночью она по сути не работает, ее рабочий график – с 10 до 24.

Все остальные аптечные предприятия работу начинают в 8–9 и закрываются в 21–22. Зато работают без выходных. Спасибо и на этом!

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор	Кол-во набранных голосов
1.	Ассортимент	44
2.	Цена	37
3.	Месторасположение	32
4.	Скидки	26
5.	Профессионализм работников аптеки, дополнительные услуги	24
6.	График работы	15
7.	Интерьер	7

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП ООО «Здравие» 3

Аптечный пункт находится в одном помещении с магазином «Продукты» на первом этаже жилого 14-этажного здания. Вход со стороны железной дороги. Интерьер незатейливый, форма торговли закрытая, но обслуживает покупателей фармацевт-мужчина (большая редкость!). Ассортимент здесь не очень большой, однако можно сделать предварительный заказ. Скидок по СКМ здесь не предоставляют, поскольку цены и так радуют покупателей.

АП ООО «Долголет» 5

Пункт занимает отдельно стоящий павильон в помещении продуктового универсама. Цены на некоторые препараты выше среднего, однако лекарства, пользующиеся повышенным спросом, продаются активно. Скидок нет, но покупатели в целом довольны. Информации об аптечном предприятии и часах его работы, правда, тоже нет.

АП «На Дубнинской» ООО «Бизнес Холл» 6

Размещается рядом с универсамом «Седьмой континент», в левом крыле пристройки к жилому дому. Обслуживает покупателей один фармацевт через закрытый прилавок. Витрины полны разнообразным ассортиментом. Скидок по СКМ не предоставляется, зато можно бесплатно проверить уровень артериального давления.

Аптека Nonikfarm ООО «Ромфарм» 7

Расположена в пристройке к жилому дому, рядом с ателье и продуктовым магазином. Предлагает широкий выбор аптечных товаров по низким ценам. На позиции, которых не оказалось в наличии, можно сделать предварительный заказ. Обслуживает посетителей один фармацевт через закрытый прилавок. Действует 5%-ная скидка по СКМ. Установлен платежный терминал.

Аптека «ИФК Дмитровская» 7

Размещается на первом этаже ТРЦ «РТС», слева от входа, между химчисткой и ателье. Помещение очень небольшое, поэтому дабы не допускать скопления посетителей, обслуживают их сразу через две кассы. 3%-ная скидка по СКМ и регулярно проводятся акции от производителей и дистрибуторов.

«Любимая аптека» ООО «Добрый доктор» 8

Отметим удачное расположение аптеки – в ТЦ «Лианозово», как раз у выхода с железнодорожной платформы и рядом с автобусной станцией. В нее можно попасть как с Дубнинской ул., так и через вход изнутри торгового центра. Помимо скидок по СКМ в размере 5%, здесь предлагается бесплатно измерить давление. Цены на многие препараты довольно высокие, однако среди покупателей находится много тех, кто идет на финансовые жертвы ради экономии времени по пути на работу или возвращения домой.

Аптека ООО «ФармУникум» 8

На первом этаже 24-этажного жилого дома находится прачечная и химчистка, а аптека – на втором этаже. Перед входом в небольшой торговый зал оборудованы стеллажи с товарами для матери и ребенка, а также средствами гигиены. Обслуживание посетителей осуществляется через 2 окна. 5% – скидка по СКМ.

АП Alphega ЗАО «Прагматэкс» 8

Находится на первом этаже 14-этажного жилого дома в непосредственной близости от автобусной остановки и делит многокомнатное помещение с лабораторией «Гемотест». При входе установлен платежный терминал и холодильник с минеральной водой. С покупателями работает один фармацевт. Цены достаточно привлекательные, плюс к этому – скидка по СКМ в размере 5%.

АП ООО «Алекс» 9

Занимает небольшое помещение из двух комнат в торце жилого дома. В первом зале установлены стеллажи и витрины со средствами гигиены, ортопедии, медицинской техникой. Во втором зале работают два окна. Скидка по СКМ составляет 10% и не распространяется на ЖНВЛС. При входе установлен платежный терминал. Работает с 8 до 20.

Аптека «Уникум» ООО «Фармсیتی» 9

Расположена рядом с отделением Сбербанка и магазином мужской одежды и радует разнообразием ассортимента. Посетителей обслуживают два фармацевта. Интересно, что в ноябре аптека праздновала 40-летие со дня основания, но никаких праздничных акций по этому поводу не проводилось. Зато скидку по СКМ на некоторые лекарства и товары подняли с обычных 5% до «праздничных» 10%.

АП ООО «Аптека Никольская» 9

Расположена на пересечении Дубнинской ул. и Дегунинского пр-да, в пристройке к жилому дому. При входе установлен платежный терминал, в торговом зале оборудован уголок с мягким диваном и столиком с прибором для измерения давления. За открытым прилавком работают два фармацевта, дополнительно функционирует отдел оптики. Витрин и стеллажей явно недостаточно, чтобы ознакомиться с ЛС и ценой на них, пришлось стоять в очереди. Еще одно неудобство – с 1 октября при визите в данную аптеку СКМ не действует.

Аптека №22 ООО «03 Аптека» 9

Расположена у автобусной остановки на первом этаже жилого дома рядом с зоомагазином. Помещение аптеки достаточно просторное, форма торговли открытая, обслуживание осуществляется через открытый прилавок. Скидка по СКМ составляет 5%. Несмотря на то, что цены здесь чуть выше средних по району, у аптеки есть собственный, давно сложившийся контингент покупателей, которых привлекает удобство ее расположения, очень хороший ассортимент и профессионализм сотрудников.

Аптека №210 «Старый лекарь» 9

Аптеки сети давно уже в списке дорогих, однако эта аптека имеет свой круг постоянных покупателей, особенно она пользуется популярностью у тех, кому важнее не цена, а ассортимент, а он радует широтой. Особенно комфортно чувствуют себя здесь ценители открытой формы торговли и любители скидок, размер которых достигает 12%.

Аптека № 73 «Ригла» 10

Занимает просторное помещение на первом этаже пристройки к жилому дому. Покупателей обслуживают два фармацевта за открытыми прилавками, а за порядком в торговом зале следит охранник. При входе установлены платежные терминалы и ячейки хранения ручной клади. Кроме 5%-ной скидки по СКМ действует бонусная система от «Связной-клуб» и «Спасибо от Сбербанка».

Аптека ООО «Фармакио» АСНА 11

Единственная дежурная аптека на весь район располагается в отдельном павильоне на перекрестке ул. Дубнинской и 800-летия Москвы. Ассортимент аптеки очень хороший: кроме традиционных ЛС в продаже имеются трости и коляски для инвалидов, ортопедические товары, термобелье, оптика. Можно оформить заказ на препараты для онкологических больных. Ежедневно с 9 до 13 все владельцы дисконтной карты АСНА получают скидку в размере 10%.

Аптека № 19 «Аптеки столицы» ЦЛОиКК ДЗ Москвы 11

Занимает большое просторное помещение в пристройке к жилому дому на пересечении ул. 800-летия Москвы и Дубнинской. Первое, что приятно удивляет, – это молодость и доброжелательность персонала, и хорошая профессиональная подготовка. Покупателей здесь обслуживают сразу через четыре окна. Очень большой ассортимент и, главное, – цены устраивают многих респондентов. В дополнение к снижению цен здесь продолжает действовать скидка для владельцев СКМ в размере 7,5%.

Елена САВЧЕНКО

ВОПРОС – ОТВЕТ

■ В соответствии с п. 46 Инструкции по учету медикаментов, утвержденной приказом Минздрава СССР от 02.06.87 №747, аналитический учет лекарственных средств (кроме подлежащих предметно-количественному учету) ведется в суммовом выражении. Однако согласно п. 119 Инструкции по применению Единого плана счетов, утвержденной приказом Минфина РФ от 01.12.10 №157н, аналитический учет ведется по группам, наименованиям, сортам и количеству в разрезе материально ответственных лиц. В централизованной бухгалтерии, ведущей бухгалтерский учет бюджетной поликлиники, являющейся получателем субсидии, все лекарственные средства числятся в предметно-количественном выражении.

Является ли это нарушением? Надо ли вести учет медикаментов и перевязочных средств, изделий медицинского назначения в суммовом выражении?

В соответствии с п. 3 ст. 1 Федерального закона от 21.11.96 №129-ФЗ основными задачами бухгалтерского учета являются:

- ♦ формирование полной и достоверной информации о деятельности организации и ее имущественном положении, необходимой внутренним и внешним пользователям бухгалтерской отчетности;
- ♦ обеспечение информацией, необходимой внутренним и внешним пользователям бухгалтерской отчетности для контроля по соблюдению законодательства РФ при осуществлении организацией хозяйственных операций и их целесообразности, наличием и движением имущества и обязательств, использованием материальных, трудовых и финансовых ресурсов в соответствии с утвержденными нормами, нормативами и сметами;
- ♦ предотвращение отрицательных результатов хозяйственной деятельности организации и выявление внутрихозяйственных резервов обеспечения ее финансовой устойчивости.

Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на Государственном бюджете СССР, утвержденная приказом Минздрава СССР от 02.06.87 №747 (далее – Инструкция №747), регламентирует порядок специального учета медикаментов в аптеках и кабинетах лечебных учреждений.

Раздел IV «Учет лекарственных средств в бухгалтерии учреждения» Инструкции №747 содержит требования к организации бухгалтерского учета медикаментов, однако учитывая, что Инструкция №747 является достаточно старым нормативным актом, а начиная с 2011 г. бухгалтерский учет в государственных (муниципальных) учреждениях, в т.ч. и учет медикаментов, организуется согласно положениям Инструкции по применению Единого плана счетов, утвержденной Приказом Минфина РФ от 01.12.10 №157н (далее – Инструкция №157н), а ведется в соответствии с требованиями Инструкции №174н, учет медикаментов должен быть организован учреждением в первую очередь с учетом требований Инструкций №157н и №174н.

Так, п.п. 102–106 Инструкции №157н предполагают формирование фактической стоимости материальных запасов. При этом данная процедура не будет иметь экономического смысла в том случае, если материальные ценности неоднородны по характеру использования, стоимости, единице измерения.

В соответствии с положениями п. 108 Инструкции №157н выбытие (отпуск) материальных запасов производится по фактической стоимости каждой единицы либо по средней фактической стоимости.

Определение средней фактической стоимости материальных запасов производится по каждой группе (виду) запасов путем деления общей фактической стоимости группы (вида) запасов на их количество, складывающихся, соответственно, из средней фактической стоимости (количества) остатка на начало месяца и поступивших материальных запасов в течение текущего месяца на дату их выбытия (отпуска). Отметим, что при применении укрупненного наименования вида материальных запасов «медикаменты» и их учете только в суммовом выражении (согласно требованиям п. 46 Инструкции №747) выполнение данного пункта будет просто невозможно, ведь единицей измерения количества различных медикаментов могут быть штуки, пачки, коробки, упаковки и т.д.

Учитывая требование о достоверности отражаемой в учете информации, представляется возможным также сделать следующий вывод: средняя фактическая стоимость определяется только по однородным материальным запасам, при этом они должны быть однородны не только по назначению и наименованию единицы измерения, но и по стоимости. Например, учет по одному укрупненному наименованию материальных запасов, имеющих одинаковое предназначение, но с ценой за единицу 1 руб. и 1000 руб., вряд ли будет в полной мере соответствовать требованиям законодательства.

Напомним, что в соответствии с п. 119 Инструкции №157н аналитический учет материальных запасов должен вестись по их группам (видам), наименованиям, сортам и количеству, в разрезе материально ответственных лиц и (или) мест хранения.

Данные положения также не могут быть реализованы при применении укрупненного наименования «медикаменты» и их учете в суммовом выражении ввиду различных наименований единиц измерения.

Таким образом, учреждение не вправе применять в целях бухгалтерского учета медикаментов обобщенную группу «медикаменты» и учитывать их в суммовом выражении, т.к. такой порядок учета не позволит в полной мере выполнять требования Инструкции №157н.

Подтверждением данной позиции являются также разъяснения уполномоченных органов.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Мария МИЛЛИАРД

www.garant.ru



Адаптогены растительного и животного происхождения

Окончание, начало в МА №10/13

Преферанская Нина Германовна

Доцент кафедры фармакологии фармфакультета
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.ф.н.



С целью поддержания сбалансированной работы всех систем в организме человека можно применять адаптогены – препараты из животного сырья. В основном используют неокостевшие рога (панты) северного оленя, пятнистого оленя, алтайского марала или изюбра, из которых получают **Пантокрин**, **Рантарин**, **Маранол**, **Цыгапан** и др. При применении

этих препаратов улучшается работа мозга, память, активизируется энергетический обмен, нормализуется артериальное давление. При стрессовых состояниях в организме резко снижаются антиокислительные процессы, возрастает количество свободных радикалов и токсичных перекисных продуктов, приводящих к повреждению клеточных мембран. Обладая антиоксидантным, антистрессовым действием, тонизирующие средства ускоряют регенерацию тканей, повышают эмоциональную и сексуальную активность. Применение таких препаратов улучшает состояние больных при сердечно-сосудистых заболеваниях, вегетососудистой дистонии, остеопорозе, артритах, импотенции, неврастенических состояниях и др.

При правильном соблюдении режима дозирования они практически не оказывают токсического воздействия на организм принимающих данные препараты. При длительном применении или при приеме в вечер-

ние часы возникает ряд возможных отрицательных эффектов: возбуждение, бессонница, гипертензия, головная боль.

Пантокрин (*Pantocrinum*) – выпускается водно-спиртовой экстракт во флаконах по 30 и 50 мл; тб. по 75 и 150 мг; ампулы по 1 и 2 мл. Применяют при переутомлении, неврастении, астенических состояниях после острых инфекционных заболеваний, артериальной гипотензии. Под кожу и внутримышечно вводят 1–2 мл в день в течение 15–20 дней. Проводят 2–3 курса с перерывом 10 дней. Внутрь принимают по 25–40 капель или 1–2 таблетки за полчаса до еды 2–3 раза в день в течение 3–4 недель, затем – недельный перерыв и при необходимости курс повторяют. В капсулах выпускается **Панторал**, применяют по 1 капсуле 1 раз в день 1–2 месяца.

Цыгапан выпускается в таблетках и капсулах, содержащих 200 или 400 мг порошка из рогов северного оленя. Обладает антиоксидантным действием, содержит 63 микро- и макроэлемента, в т.ч. кальций, фосфор, йод, 12 витаминов, 20 аминокислот, способствует повышению концентрации тестостерона.

Препарат из сухой крови марала – **пантогематоген**, выпускается под товарной маркой «**Пантгем**», оказывает мягкое тонизирующее, общеукрепляющее и иммуномодулирующее действие. Используется в спортивно-медицинской практике в качестве восстанавливающего средства. Повышает работоспособность при напряженной физической нагрузке. Применяют по 2 капсулы или 2 мерные ложки 2 раза в день за 30 мин. до еды. Длительность курсового применения 10–20 дней с 10-дневным перерывом 3–4 раза в год.

К природным адаптогенам относятся продукты жизнедеятельности пчел (*апилак*), минеральные компоненты (*мумие*), продукт переработки из молок лососевых рыб (*ДНКАС*), полученные синтетическим путем (**Трикрезан**).

Мумие обладает высокой иммуномодулирующей, антисептической, противовоспалительной и регенерирующей активностью, широким спектром антибиотического действия. При его применении подавляется развитие антибиотикоустойчивых форм возбудителя, в т.ч. энтеробактерий, стафилококка и стрептококка. *Мумие* стимулирует процессы кроветворения, увеличивает содержание гемоглобина, нормализует РОЭ. Оно повышает умственную и физическую работоспособность, усиливает деятельность половых органов и оказывает нормализующее воздействие на репродуктивную систему. Выпускается под торговыми марками «**Мумие**», «**Мумие алтайское очищенное**», «**Мумивит**», «**Мумивит с витамином С**» и др. Мощным адаптогеном являются природные пептидные молекулы, получаемые из молозива коров (**Трансфер Фактор**, **Трансфер Фактор плюс**, **Трансфер ФакторЭдванс** и др.). При применении повышается резистентность организма, регулируется иммунный ответ, обеспечивается защита организма от неблагоприятного воздействия различных антигенов, в т.ч. и аутоиммунных. Применяют при синдроме хронической усталости, различных инфекционных состояниях (простуда, грипп), псориазе, аллергических реакциях.

При условии соблюдения правильной дозировки и кратности приема они способны восстановить измененные функции организма до нормы. Адаптогены применяют курсами. Для развития заметного фармакологического эффекта требуется продолжительное время и регулярный прием в течение 4–6 недель, ежедневно. Длительный прием наиболее эффективен в осенне-зимний период. Очень важным условием данной терапии является правильно подобранная индивидуальная дозировка. В первые 10 дней желательно начинать принимать препараты с половинной дозы, затем дозу постепенно увеличивают до терапевтической. Назначают внутрь натошак за 30–40 минут до еды или через 4 часа после приема пищи. Необходимо принимать препараты только в первой половине дня (утром) и не позднее 14 часов. Для снижения нежелательных побочных реакций прием препаратов в вечернее время противопоказан.

Увеличение среднего чека в сезон простуд

Изначально необходимо определиться, что же такое сезон простуд в понимании профессионалов аптечной розницы и когда таковой сезон начинается. Если для медицинских работников сезон простуд это, прежде всего, какие-то статистические показатели, связанные с достижением определенных эпидемических значений и количеством заболевших граждан, то для персонала аптечных учреждений сезон простуд – это тот период, в который фиксируется повышенный спрос на «противопростудные» препараты. И если в понимании медицинских работников сезон простуд начинается с первым серьезным атмосферным похолоданием, более-менее совпадающим с календарной осенью, то для сотрудников аптечных учреждений сезон простуд стабильно начинается на несколько недель раньше.

Шульга Ярослав

Бизнес-тренер, консультант



Факт заблаговременного повышения спроса на «противопростудные» препараты в аптечных учреждениях свидетельствует о том, что имеется значительная прослойка покупателей, во-первых, заранее запасающихся этими лекарственными средствами, а во-вторых, заранее начинающих их прием в профилактических целях.

Увеличение спроса в аптечных учреждениях на «противопростудные» препараты начинается на 2–6 недель раньше, чем увеличение соответствующей фактической заболеваемости населения. Эти данные подтверждаются ежемесячным рейтингом TOP-100 продаж лекарственных средств, бесплатно и в открытом доступе предоставляемым аналитическими агентствами, к примеру, компаний DSM Group.

Для руководства аптечного учреждения (аптечной сети) подготовка к сезону простуд – это преимущественно очень серьезная организационная и аналитическая активность. За 3–4 месяца до фактического начала календарной осени целесообразно глубоко проанализировать данные продаж препаратов данной группы за соответствующий период прошлого года. Эти данные важно проанализировать и по отдельно взятому аптечному учреждению, и по всей аптечной сети, и по региону в целом, воспользовавшись бесплатными, указанными выше рейтингами. Важно понять, какие именно «противопростудные» препараты, в каких объемах и в какие временные периоды продемонстрировали высокий спрос со стороны покупателей; какие именно препараты

принесли основную выручку, а также какие именно препараты принесли основную прибыль.

Исходя из полученных данных, целесообразно предпринять ряд действий, которые с высокой долей вероятности обеспечат гарантированное увеличение суммы среднего чека и суммы выручки в предстоящий сезон простуд:

1. Необходимо заблаговременно, до начала спроса на «противопростудные» препараты со стороны покупателей, еще раз проанализировать политику ценообразования на таковые, учесть прошлогодние ошибки, особенно в части формирования ключевых точек прибыли.
2. Необходимо обеспечить внедрение и исполнение соответствующих мерчандайзинговых стандартов. К сожалению, до сих пор встречается убежденность сотрудников многих аптечных учреждений, что «ходовые» препараты, которые «и так спрашивают», не нуждаются в приоритетной выкладке, а уж тем более не нуждаются в представлении на самых лучших полках. Это заблуждение, и оно в корне неверно. Заранее, до фактического начала сезона простуд, «противопростудные» препараты должны быть представлены на самых выгодных позициях с точки зрения визуальной доступности, стимулирования импульсных покупок, а также мотивации посетителя аптеки к заблаговременной подготовке к сезону.
3. Необходимо разработать и внедрить стандарты комплексных продаж. Простудные заболевания требуют комплексного подхода в терапии, и при запросе покупателем «чего-нибудь от простуды» персоналу аптеки важно и нужно предлагать к покупке не только симптоматические средства, но и безрецептурные этиотропные препараты, к примеру, направленные на борьбу с вирусной инфекцией.
4. Необходимо разработать и внедрить стандарты дополнительных рекомендаций (стандарты допродаж). Такие рекомендации должны быть не в виде каких-либо импровизаций, а исключительно в виде четкого алго-

ритмического подхода с обязательным формированием портфеля препаратов дополнительных продаж.

5. Необходимо разработать и внедрить стандарты замены одних «противопростудных» препаратов другими и, конечно же, все замены должны быть равноценны с точки зрения эффективности и безопасности. Подобные стандарты позволяют предлагать покупателям альтернативные решения в ситуациях неизбежной дефектуры каких-либо позиций.

6. Необходимо разработать и спланировать возможные маркетинговые акции и мероприятия на «противопростудную» группу препаратов. Разумеется, что подобные мероприятия должны быть не из разряда «раздачи 5-процентных скидок всем подряд», но позволяющие и аптеке получить финансовую выгоду, и покупателю оценить высокий уровень сервиса.

7. Необходимо спланировать размещение POS-материалов в зале аптеки. Разумеется, что подход к размещению подобных материалов, предоставляемых персоналом фармацевтических компаний и дистрибуторов, должен согласовываться с разработанными стандартами сезонного мерчандайзинга, политикой комплексных и дополнительных продаж, а также спланированных маркетинговых акций.

8. Необходимо освежить знания сотрудников первого стола относительно номенклатуры «противопростудных» средств, показаний к применению, противопоказаний, их взаимодействию с прочими лекарственными препаратами. Данные мероприятия можно провести как самостоятельно, так и с участием медицинских представителей фармацевтических компаний.

9. Необходимо заранее выяснить у медицинских представителей их планы медийной рекламы производимой продукции на предстоящий сезон. Владение подобной информацией позволяет заранее подготовиться к возможному резкому всплеску спроса на отдельные позиции и не допустить финансовых потерь по причине недостаточного количества товара в аптечном учреждении.

10. Необходимо спланировать адекватный товарный запас, обеспечивающий бездефектурное наличие, особенно ударных, высоко востребованных и маржинальных «противопростудных» препаратов.

Выполнение перечисленных рекомендаций позволит аптечному учреждению встретить столь значимый и знаковый сезон для аптечного бизнеса полностью во всеоружии и с гарантией высоких результатов.

аптека
2013

Юбилейная выставка «АПТЕКА» в Экспоцентре

Юбилейная 20-я Международная специализированная выставка «АПТЕКА-2013» пройдет в ЦВК «Экспоцентр» в рамках Российской недели здравоохранения с 9 по 12 декабря 2013 г. Сегодня мы узнаем все подробности у директора выставки Екатерины Киселевой.

Екатерина Сергеевна, расскажите, пожалуйста, кто будет участвовать в выставке «АПТЕКА-2013»?

За 20 лет выставка «АПТЕКА» стала важным событием отрасли, местом встречи профессионалов медицины и фармацевтики. И мы рады сообщить, что в этом году ожидается около 230 участников из России и 25 стран мира. В коротком интервью очень трудно перечислить всех участников, но уже сейчас на нашем сайте www.aptekaexpo.ru можно ознакомиться с предварительным списком экспонентов, который постоянно обновляется.

Что будет представлено участниками выставки?

На площади около 5 тыс. квадратных метров будет представлен весь ассортимент продукции для аптек: лекарственные средства, изделия медицинского назначения, лечебная косметика, биологически активные и пищевые добавки, детское питание и товары для новорожденных, лечебное питание, мебель и оборудование для аптек, фармацевтические субстанции и сырье, информационные технологии.

Что нового ожидается по сравнению с прошлым годом?

Основой экспонентов выставки «АПТЕКА» является группа постоянных ее участников, таких компаний, как «Борисовский завод медицинских препаратов», «Татхимфармпрепараты», «Невис», «Бельфарма», «Алтайский биофармацевтический кластер», который

объединяет фармацевтические и медицинские предприятия Алтайского края; «Биокор», «Гигровата», «Диамир-К», «Дизайн-Вектор», «Тандем-Вест», «1С-Рарус», «Зелдис», «Инфамед», «Валмарк», «Натурвита», «Галтеяфарм» и др.

Каждый год на выставке появляются новые имена. В этом году мы рады приветствовать на выставке группу фармацевтических компаний Литвы «Валентис», которая разрабатывает, производит и реализует инновационные фармацевтические препараты, «Профилаб» – российского дистрибутора, поставляющего продукцию и оборудование для комплексного оснащения лабораторий, хорватскую компанию «Бернарда» – производителя кроватных систем, НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, «Еврофарм» и ряд компаний, впервые заявляющих о себе на российском рынке. По сравнению с прошлым годом, значительно расширит экспозицию компания «Граминекс Фарма», представляющая интересы фармацевтической корпорации Graminex, США.

В этом году особенный интерес к выставке демонстрируют компании, представляющие технологии для аптечного бизнеса. Сегодня в этом разделе представлено более 17 участников, и число их постоянно растет – это мебель, оборудование, программное обеспечение, автоматизированные системы хранения и выдачи лекарственных препаратов. Впервые будет представлен аптечный робот российского производства от компании «Поллифарма».

Опишите нам, пожалуйста, профессиональный портрет традиционного посетителя выставки.

Особенностью выставки «АПТЕКА» является то, что более 90% ее посетителей – это профессиональная аудитория. Наибольшую часть (33%) составляют представители аптек и аптечных сетей, приезжающие из разных регионов России; следующие по численности группы это – дилеры и дистрибуторы, а также производители ЛС.

Исходя из статистики последних лет, мы ожидаем на выставке «АПТЕКА-2013» более 10 тыс. посетителей!

Кто выступает партнером выставки?

Их несколько. Выставка проходит при поддержке и активном участии отраслевых ассоциаций и союзов: Ассоциации Российских фармацевтических производителей (АРФП), Российской ассоциации фармацевтического маркетинга (РАФМ), Российской ассоциации аптечных сетей (РААС), Некоммерческого партнерства «Аптечная гильдия», Ассоциации аптечных учреждений «СоюзФарма», НПП БАД.

Познакомьте с деловой программой мероприятия.

Важная составляющая выставки – трехдневный **Международный деловой медико-фармацевтический форум**, объединяющий специалистов фармацевтической отрасли. Программа Форума очень насыщенная и включает 10 секций, на которых выступят эксперты отрасли: представители государственных структур, руководители отраслевых ассоциаций и крупных фармацевтических предприятий, преподаватели ведущих медицинских вузов, сотрудники специализированных изда-

ний для работников фармацевтической отрасли.

Темы секций следующие:

- ♦ Регуляторный процесс в фармотрасли. Как обеспечить доступность лекарств?
- ♦ Контрольно-надзорные мероприятия в сфере фармобращения. Практика проверок в соответствии с последними изменениями в законодательстве.
- ♦ Время «Ч» для российской фармацевтической промышленности – GMP-2014.
- ♦ Сценарий дорожной карты аптечной деятельности.
- ♦ Нормативное регулирование и ненормативная практика аптечной деятельности.
- ♦ Что день грядущий нам готовит? Перспективный сценарий развития фармацевтического бизнеса 2020.
- ♦ Корпоративный университет аптечной сети: взгляд в будущее.
- ♦ Развитие системного подхода при управлении аптечным бизнесом.
- ♦ БАД в России: быть или не быть.
- ♦ В копилку эффективности бизнеса: клиентоориентированность.

Обращаю внимание, что участие в Форуме бесплатное и доступно для всех специалистов, при условии предварительной регистрации на сайте выставки. Там же можно ознакомиться с подробной программой Форума, которая включает расписание секций, названия докладов и имена спикеров.

Мы будем рады видеть вас с 9 до 12 декабря в Экспоцентре на выставке «АПТЕКА-2013» и надеемся, что работа на выставке будет для всех продуктивной!

9-12
ДЕКАБРЯ

ЦВК «Экспоцентр»,
павильон №7

20-я Международная специализированная выставка

аптека

ПРИГЛАСИТЕЛЬНЫЙ БИЛЕТ

ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ НА САЙТЕ WWW.APTEKAEXPO.RU

2013

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

ОРГАНИЗАТОР:
МОСКВА РОССИЯ
ЕВРОЭКСПО

VIENNA AUSTRIA
EUROEXPO
Exhibitions and Congress Development GmbH

РОССИЙСКАЯ
НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

UFI
Approved
Event

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Россия, Москва, ЦВК «Экспоцентр»

9-13 декабря 2013

www.zdravo-expo.ru

ЭКСПОЦЕНТР

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ВЫСТАВКИ И КОНГРЕССЫ
МОСКВА

24-25 января 2014 года.

Центральный Дом ученых РАН.

Москва, ул. Пречистенка, 16

XXIV Московская международная гомеопатическая конференция

“Развитие гомеопатического метода в современной медицине”

Справки по тел./факс:
(495) 672-2794

ОРГКОМИТЕТ

111123, Россия,
Москва, ул. 2-я Владимирская, 2

e-mail: main@mhc.ru www.mhc.ru

ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА

«ТРАДИЦИИ И НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ. РОЖДЕСТВЕНСКИЙ БАЛ
ФАРМАЦЕВТОВ В ВЕНЕ»

25 ЯНВАРЯ – 2 ФЕВРАЛЯ 2014 ГОДА, ЗЕЕФЕЛЬД – ВЕНА (АВСТРИЯ)

Информационно-выставочное агентство
«ИнфоМедФарм Диалог»

127055, г. Москва, ул. Суцеская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92;
8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47

E-mail: info@imfd.ru, www.imfd.ru

ИНФОРМАЦИОННО-ВЫСТАВОЧНОЕ АГЕНТСТВО

Крупнейший конгрессно-выставочный
проект в области медицины
и здравоохранения на территории
СФО и Дальнего Востока!

5-7 февраля 2014 Красноярск

ЕнисейМедика-2014

XXII специализированный медико-фармацевтический форум

В 2013 году выставку посетили 11 636 человек,
из них 48 % – специалисты отрасли

Приглашаем принять участие!

Организатор –
ВК «Красноярская ярмарка»

МВДШ «Сибирь», ул. Авиаторов, 19
тел.: (391) 22-88-614,
22-88-611 – круглосуточно

e-mail: medika@krasfair.ru
www.krasfair.ru

Все лидеры фармацевтического рынка на первой конференции года!

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ БИЗНЕС В РОССИИ 2014: ЭПОХА ПЕРЕМЕН

17–18 февраля 2014 г. • Конгресс-центр Swissotel «Красные Холмы»

Зарегистрируйтесь по телефону: +7 (495) 995-8004, на www.pharma-conf.ru или по e-mail: da@infor-media.ru



XVII КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

III ЕВРАЗИЙСКИЙ ФОРУМ ПО РЕДКИМ БОЛЕЗНЯМ, IV ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

14 – 16 февраля 2014 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли, 4-й подъезд

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе, Форумах и выставке, Школах специалистов и публикации тезисов

можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 134-30-83, 783-27-93; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65

и на веб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru, www.kdcenter.ru, www.spr-journal.ru

Адрес оргкомитета Конгресса: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1, Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: orgkomitet@nczd.ru



Организатор:

Infor-Media Russia

Контакты, Информация, Реклама

При поддержке:



21-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА
«ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2014»

14 – 16 февраля 2014 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12, Центр международной торговли, 4-й подъезд

Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефонам: 8 (495) 631-14-12, 681-76-65, e-mail: zmir@sumail.ru



**Медицина
Здоровье
Фармацевтика**

XVI межрегиональная
специализированная выставка

19-21
февраля 2014 г.
г. Пенза



Пензенский
ЦНТИ

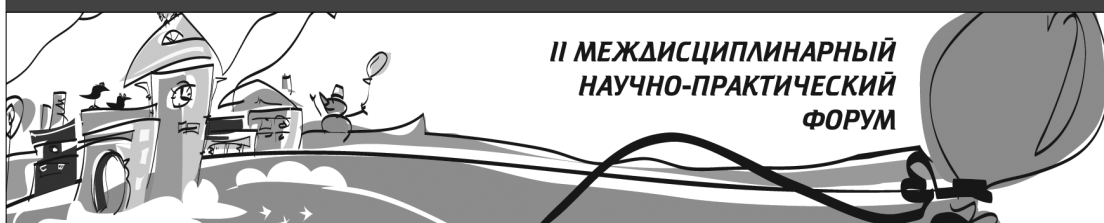
Тел./факс: (8412) 95-56-31
Тел.: (8412) 96-30-70
95-00-09
96-43-10
e-mail: ovir@sura.ru
<http://www.cnti-penza.ru>



**КУЗБАССКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
25-28 февраля 2014 КЕМЕРОВО**

Кузбасская выставочная компания «ЭКСПО-СИБИРЬ»

Тел./факс (3842) 34-95-82, 58-11-66, 36-68-83, E-mail: info@exposib.ru, med@exposib.ru <http://www.exposib.ru>



II МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ФОРУМ

**ШЕЙКА МАТКИ
И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЕ
БОЛЕЗНИ**

Москва, Рэдиссон Славянская,
27, 28 февраля — 1 марта 2014 года



VIII КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

„РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”

4-5 марта 2014 г., Ростов-на-Дону

Дополнительная информация:

Тел./факс: (495) 359-0642
(495) 359-5338

E-mail: fru@fru.ru

skype: fru2012

www.fru.ru



VI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
РЕСПИРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ»

11 – 12 МАРТА 2014 ГОДА

Здание Правительства Москвы, (Москва, Новый Арбат, 36/9)

Информационно-выставочное агентство
«ИнфоМедФарм Диалог»

127055, г. Москва, ул. Суцеская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92;

8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47

E-mail: info@imfd.ru, www.imfd.ru



**11-13
марта**

ОДИННАДЦАТАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
**МЕДИЦИНА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И КРАСОТЫ
УРАЛСТОМАТОЛОГИЯ**

Тел.: 8(351)2304458.

г. Челябинск

expochel.ru



**25-27
марта**

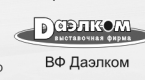
г. Ростов-на-Дону

XII СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА - ФОРУМ

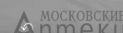
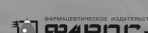
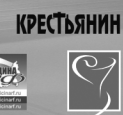
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

**ЮГА РОССИИ
АПТЕКА - 2014**

организаторы:



тел.: (863) 263-02-70, 263-02-68



г. Уфа
Республика Башкортостан



XVIII специализированная выставка
ФАРМАЦИЯ - 2014
25-28 марта

ЛИГАС

тел./факс: (347) 253-76-05
253-77-11
www.ligas-ufa.ru



X МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ
«ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СТОЛИЦЫ-2014»

27 – 29 МАРТА 2014 ГОДА

Здание Правительства Москвы, (Москва, Новый Арбат, 36/9)

Информационно-выставочное агентство
«ИнфоМедФарм Диалог»

127055, г. Москва, ул. Суцеская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92;

8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47

E-mail: info@imfd.ru, www.imfd.ru



ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «Здравоохранение. Курортная медицина.»



14-16 мая 2014, Кисловодск, ВЦ «Кавказ»

Министерство здравоохранения СК: (8652) 26-83-16

ВЦ «Кавказ»: (87937) 331-79/74

www.kavkaz-expo.ru

- Медицинская выставка
- Научно-практические конференции



ПРЕПАРАТ «АЭРУС®» – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА И ОРВИ, реклама и ответственное самолечение

Отвечая на вопросы респондентов горячей линии о сравнительных преимуществах современных противовирусных препаратов, мы поняли, что люди интересуются только теми препаратами, которые активно рекламируются по телевизору...

Самолечение при гриппе и ОРВИ становится большой проблемой не только для врачей, но и для самих несостоявшихся пациентов, и тому есть много причин. Вот наиболее существенные.

Во-первых, **нехватка времени**, особенно в больших городах, где жители не склонны терять время на поход к врачу. Особенно, если причина – простуда без высокой температуры и тяжелых клинических проявлений.

Во-вторых, **доступность информации**, когда благодаря Интернету можно легко узнать схему самостоятельного лечения практически любой болезни.

В-третьих, **давление рекламы** создает ощущение доступности лекарств и девальвирует роль врача как носителя медицинских знаний.

На российский рынок выводится принципиально новое противовирусное лекарство – **ручной дозируемый карманный ингалятор «Аэрус»®**.

Препарат обладает рядом преимуществ перед другими средствами, в частности, сочетает в себе прямой противовирусный эффект с минимальными дозами действующего вещества, попадающего в организм ингаляционно. Действующим компонентом препарата является *апротинин* – ингибитор активации вирусного гемагглютинаина и, следовательно, блокатор самых ранних стадий гриппозной инфекции.

Открытие противовирусных свойств *апротинина* относится к одним из фундаментальных достижений вирусологии. Использование этих достижений в ингаляторе «Аэрус»® для лечения и профилактики гриппа полностью соответствует молекулярным механизмам развития гриппозной инфекции.

Ингалятор «Аэрус»® обладает понятным и хорошо изученным механизмом действия. Появление устойчивых форм вируса к препаратам такого действия практически невозможно.

Следует отметить минимальность дозы или попросту безопасность. При использовании индивидуального ингалятора «Аэрус»® низкий уровень дозы *апротинина*, тем не менее, обеспечивает эффективное противовирусное действие благодаря точному попаданию препарата на клетки эпителия бронхов, пораженных вирусом, что ингибирует необходимые вирусу протеазы и останавливает генерализацию вирусной инфекции.

Такая высокая степень безопасности препарата и невозможность передозировки делают его удобным средством индивидуальной превентивной терапии, т.е. использования не только в случае начала болезни, но и в случае опасности заражения. Это особенно важно для врачей, имеющих контакт с больными, работников школ и детских учреждений, проводников в поездах и т.п.

Однако препарат рецептурный, и при его использовании следует проконсультироваться с врачом.

И пожалуй, главное преимущество ингалятора – естественное происхождение субстанций, используемых в составе «Аэрус»®. Это касается не только действующего вещества, но и всех вспомогательных веществ, составляющих рецептуру лекарства. Есть многочисленные исследования, связанные с опросами больных: 99% респондентов предпочитают лекарственное средство естественного происхождения.

Кроме того, воспользоваться ингалятором «Аэрус»® можно немедленно в случае необходимости, не прибегая к поискам воды, стакана, шприца, стерильных условий и т.д. Ингалятор может быть всегда под рукой, особенно если мы говорим о возможности воздействовать на инфекционный процесс на ранних стадиях в качестве превентивной терапии.

АЭРУС® — лекарственный препарат XXI века

- Прямое подавление вируса
- Минимальные дозы, местное применение
- Идеальный способ доставки действующего вещества в очаг воспаления



www.грипппанет.рф
www.aerozon.ru

Оказывает специфическое воздействие на вирус; абсолютно нетоксичен и безвреден в лечебных дозах; препарат местного применения; не воздействует на желудочно-кишечный тракт и печень; оказывает лечебное действие при применении в малых дозах; препарат натурального происхождения; дозированный аэрозоль — идеальное средство доставки действующего вещества в очаг воспаления; может использоваться в качестве профилактического средства, в том числе после контакта с больными гриппом и ОРВИ; блокирует этап протеолитической активации вируса гриппа и сходных с ним вирусов, что делает практически невозможным появление устойчивых форм.

Оптовые поставки осуществляются ЗАО «Русофарм» Тел: (499) 129-51-00 www.rusopharm.ru

Ингалятор «Аэрус»® может применяться при эпидемиях гриппа и ОРВИ в семейных очагах, офисах, воинских частях и других организованных коллективах, где высока вероятность контакта с инфицированными людьми и, следовательно, необходимо проведение мер профилактики.

Компактный ручной ингалятор «Аэрус»® удобен к использованию в любое время, его упаковка рассчитана на 7–10 курсов лечения. Препарат совместим со всеми известными лекарствами для терапии вирусных респираторных инфекций, не содержит запрещенных допинговых средств, вследствие чего может быть рекомендован к применению спортсменами.

Материал предоставлен компанией ОАО «Пласт»

Редакция фармацевтической газеты
«Московские аптеки»

приглашает Вас принять участие в конкурсе,
который состоится в рамках 20-й Международной
специализированной выставки «Аптека»

09, 10 и 11 декабря 2013 г. в 12.00
ЦВК «Экспоцентр» пав. №7,
зал 4, стенд № В1003

Будут разыграны
ГРАНДИОЗНЫЕ ПОДАРКИ

Все участники получат
поощрительные призы



КАК БОРОТЬСЯ С ЦЕЛЛЮЛИТОМ?

Чтобы понять суть этого косметического дефекта, нужно посмотреть на строение кожи и дать полное объяснение данной проблеме. Возможно, тогда рассеются некоторые мифы, окружающие эту злободневную тему.

СТРОЕНИЕ КОЖИ

Внешний эпидермис покрывает внутреннюю дерму, содержащую кровеносные сосуды, волосные фолликулы, нервные рецепторы и соединительную ткань, формирующую кожный каркас, состоящий из коллагена. Под соединительной тканью находится слой подкожного жира, и именно отсюда стартуют проблемы.

Целлюлит – это:

- ▶ не заболевание, а обычное скопление подкожного жира. Жир становится бугристым, потому что давит на соединительную ткань, в результате чего кожа над ним морщится;
- ▶ не приносит никакого вреда, но из-за своего неэстетичного вида многие люди хотят от него избавиться;
- ▶ кожный дефект, в большей степени свойственный женщинам, нежели мужчинам.

У женщин этот жир откладывается в вертикальных ячейках, которые немного вдаются в дерму, и подобные неровности создают эффект «апельсиновой корки», когда ячейки расширяются и теряют эластичность.

Мужские жировые клетки расположены в различной конфигурации, по этой причине мужчины не так восприимчивы к целлюлиту. К тому же, их эпидермис и кожные слои обычно толще, чем у женщин.

Большое значение имеет наследственный фактор по материнской линии.

Возраст и целлюлит

Целлюлит может развиваться уже с 15 лет, и с возрастом состояние кожи обычно ухудшается, на это есть несколько причин:

- ◆ с возрастом кожа утончается и «апельсиновая корка» проявляется еще сильнее;
- ◆ снижаются плотность и тонус кожи за счет уменьшения производства собственного коллагена;
- ◆ с течением времени организм становится менее дееспособным, теряя эффективность в выведении шлаков, токсинов, нарушается кровообращение. Эти факторы способствуют развитию целлюлита;
- ◆ по различным причинам с возрастом увеличивается вес, что также усугубляет проблему, поскольку с увеличением массы тела вырастает жировая прослойка.

Другие факторы

Кто-то может возразить, что «апельсиновая корка» встречается и у худых людей. Что еще может влиять на образование целлюлита:

- ◆ нерациональное питание;
- ◆ увлечение различными диетами;
- ◆ медленный метаболизм;
- ◆ отсутствие физической активности;
- ◆ гормональные изменения;
- ◆ обезвоживание организма.

Где обитает целлюлит?

Равномерное скопление жира может находиться на любом участке тела, тогда как целлюлит, в основном, любит обосноваться на следующих областях:

- ◆ внутренняя, верхняя и задняя часть бедер, ягодицы, бока;
- ◆ верхняя часть спины ниже плеч;
- ◆ лодыжки, внутренняя и задняя поверхность рук;
- ◆ живот.

Причина, по которой «апельсиновая корка» в большей степени появляется на бедрах, происходит из-за липопротеиновой липазы (фермент, который помогает управлять распределением жира и имеет высокую концентрацию в этих областях).

Проблемы с разорванными кровеносными сосудами, паукообразной гемангиомы, варикозным расширением вен также могут сопровождаться целлюлитом.

Типы и стадии

При том что не существует общей утвержденной классификации внешних проявлений целлюлита, можно выявить несколько стадий и описать их.

В основном специалисты сходятся в том, что этот косметический недостаток быстро прогрессирует, поэтому важно как можно скорее распознать и остановить его развитие.

По одной из классификаций целлюлит подразделяют на две разновидности:

- ▶ **узловатая** (единичные/множественные узлы, мягкие или плотные на ощупь);
- ▶ **бляшечная** (узлы объединяются, образуя немалые участки с бугристой поверхностью, ярко выраженной атрофией и западением в центре).

Далее различают жировую, отечную и фиброзную формы:

▶ **фиброзный целлюлит** обычно бывает у молодых девушек, даже несмотря на здоровый образ жизни (при прощупывании выявляется плотный неоднородный слой, легкая болезненность при надавливании);

▶ **жировой целлюлит** (вялая форма), им страдают женщины после 40 лет, для которых свойственна гипотония тканей. Может сопровождаться застоем крови в венах, варикозным расширением вен. Кожа становится мягкой, теряет тонус, растягивается;

▶ **отечный целлюлит** характеризуется увеличением объема, чувством тяжести и болезненности в ногах. При надавливании на кожу еще какое-то время остается след.

Диетологи различают следующие типы целлюлита:

Молочный – связан с употреблением жирных молочных продуктов, исключив которые из своего рациона, можно постепенно избавиться и от проблемы.

Метаболический – ему подвержены стройные люди с пониженным обменом веществ и малоподвижным образом жизни.

Гормональный (наиболее распространенный) – встречается у женщин, восприимчивых к побочным эффектам противозачаточных препаратов. Другие причины – постменструальный синдром и послеродовая депрессия.

Наследственный – наиболее трудноискоренимый тип.

БОРЬБА С ЦЕЛЛЮЛИТОМ

В зависимости от стадии целлюлита нужно подобрать специальные косметические средства и проводить курсы домашних или салонных процедур.

При избытии современных антицеллюлитных препаратов, предлагаемых аптечными организациями, можно составить индивидуальную программу и заниматься телом в домашних условиях, повышая тургор кожи, выводя токсины и лишнюю жидкость, сжигая подкожный жировой слой.

От последовательного, поэтапного применения косметических средств во многом зависит положительный эффект процедур.

Обычно в сопроводительной инструкции подробно описаны состав препарата, а также с чем его можно сочетать и в какой последовательности использовать.

Как правило, антицеллюлитная программа начинается с очищения тела с помощью **геля для душа**, затем наносится **скраб** или **пилинг** для того, чтобы обеспечить последующее глубокое проникновение активных продуктов. Таких как **антицеллюлитная сыворотка** или **концентрат**, их наносят легкими похлопывающими движениями до полного впитывания. Вслед за этим этапом проводят обертывание с применением маски под пленку или без, в зависимости от противопоказаний. Существуют **маски с термоактивным действием** (сжигающие подкожный жир), но они противопоказаны при расширенных кровеносных сосудах и варикозном расширении вен. В этом случае применяют охлаждающие обертывания. Маски выдерживают определенное время под пленкой 30–45 мин. либо дожидаются полного высыхания и смывают просто теплой водой.

После чего вновь в кожу «вбивается» активная жидкость (**сыворотка, концентрат**) или сразу используется препарат для массажа (**крем, масло, лосьон, спрей**), который и завершает антицеллюлитный комплекс.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Первые места в антицеллюлитных программах занимают продукты на основе **зеленой морской глины, каолина (белая глина), водорослей, морской соли, кофеина, экстрактов хвоща, плюща, конского каштана, иглицы шиповатой, гуараны, арники, стручкового перца, центеллы азиатской, акации, эссенциальных масел цитрусовых, розмарина, ментола**. Они обладают мощным липолитическим эффектом, стимулируют циркуляцию, выводят избыток жидкости, тонизируют кожу.

Среди них обертывания, которые бывают двух видов: разогревающие и охлаждающие, их чередование дает прекрасные результаты. Но даже если есть противопоказания для проведения тепловых процедур, охлаждающие маски не менее действенны и показаны при борьбе с поздними стадиями «апельсиновой корки». Термоактивные обертывания хорошо дезинтоксицируют, тонизируют, способствуют похудению. Под воздействием тепла лучше проникают активные вещества. Холодные обертывания также созданы для похудения и обладают противоотечным, лимфодренажным действием и укрепляют кожу.

Кремы, маски, гели, сыворотки, лосьоны, массажные масла, пилинги, концентраты оказывают антицеллюлитный, дренажный эффект, моделирующий лифтинг-эффект и способствуют уменьшению объемов.

АЛЬТЕРНАТИВА МЕЗОТЕРАПИИ

Сегодня в моду вошли **мезороллеры** – маленькие помощники, альтернатива мезоинъекциям. Пользоваться ими удобно в домашних условиях и для их применения не требуется профессиональных знаний и подготовки. В зависимости от проблемы подбирается мезороллер с определенной длиной игл. Для домашнего использования – мезороллеры с длиной игл до 0,5 мм (включительно).

После очищения кожи наносятся активные ингредиенты (**витамины, коллаген и пр.**). Затем кожа прокатывается с помощью роллера с одинаковым давлением по всем направлениям (вертикально, горизонтально, по диагонали). Затем производится повторное нанесение активных препаратов. Благодаря мезороллеру эффективность проникновения активных компонентов в кожу увеличивается в сотни раз.



Однако прежде чем приступить к использованию мезороллера, следует ознакомиться с противопоказаниями. Он не применяется на раздраженной или инфицированной коже, при грибковых и вирусных инфекциях, гнойничковых поражениях кожи, экземе, псориазе, на открытых раневых поверхностях и любых новообразованиях (бородавки, крупные родинки, кератомы и др.).

Лучше всего проконсультироваться с дерматологом.

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЦЕЛЛЮЛИТЕ

В арсенал домашних средств по уходу за телом можно включить антицеллюлитные процедуры: **ванны и ножные ванны из лекарственных трав**. Это отличные вспомогательные средства для лечения целлюлита, не требующие больших материальных затрат. Они дают прекрасный эффект, если применять их регулярно, два раза в неделю.

Сборы могут быть разными, например, ванны для рук и ног следующего состава: по 1 ч.л. вереска, травы чистотела, таволги вязолистной + большая тертая луковица на 2 л воды.

Или на 1 л воды берутся: плющ вьющийся (1/2 ч.л.), чистотел (1/2 ч.л.), крапива (1/2 ст.л.), калужница (1 ч.л.), мальва или просвирник (1 ч.л.).

Также можно делать обертывания и местные ванночки из смеси травы плюща и чистотела (по 1,5 ст.л. того и другого на 1 л воды), а внутрь принимать настой из мяты, лаванды, липы, вербены, базилика (по 1/2 ч.л. всего на 400 мл воды).

Для очищения организма и облегчения выведения шлаков рекомендуются настои и отвары, очень полезные при лечении целлюлита.



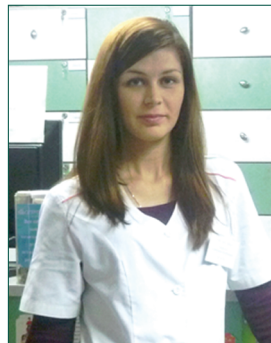
Однако важно знать, что травы помимо положительного воздействия имеют и отрицательные стороны, поэтому при наличии хронических заболеваний и проблем со здоровьем необходима консультация врача.

Другие способы

Один из самых эффективных способов профилактики и избавления от целлюлита – изменение образа жизни, а это значит, искренне себя любя, соблюдать диету (рациональный систематический подход к здоровому питанию), возможно – детокс-диеты, и прибегнуть к следующим процедурам:

- ▶ физические упражнения (борьба с малоподвижным образом жизни, регулярные посильные физические нагрузки);
- ▶ дыхательная гимнастика;
- ▶ релаксация (поддержание и восстановление организма);
- ▶ массаж – отличный способ улучшить кровообращение.

ФАРМАЦЕВТ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ ЗНАНИЯ И КОЛОССАЛЬНОЕ ТЕРПЕНИЕ



Сейчас много говорится о проблеме квалифицированных кадров, как среднего, так и высшего менеджмента. Но яркие и талантливые специалисты, недавние выпускники, уже занимают определенную нишу в аптечном ритейле, и мы хотим пообщаться с одним из них, а точнее с одной – милой, сразу располагающей к себе заведующей аптекой «ЦИТО-Фарм» Екатериной Викторовной Андреевой. Аптека функционирует рядом с входом в клиническую больницу им. Боткина, однако удовлетворяет потребности не только больных и посетителей лечебного учреждения, но и жителей микрорайона.

Екатерина Викторовна, расскажите немного о себе: как Вы пришли в фармацию?

Меня с детства привлекала аптека. Раньше я жила на Дмитровском шоссе, и рядом с нашим домом находилась большая аптека с фитобаром, в которую я очень любила ходить. Окончательно определиться с выбором будущей профессии мне помогла моя классная руководительница Наталия Григорьевна, преподаватель химии. Так я выбрала Московское фармацевтическое училище. На последнем курсе начала работать стажером в аптечной сети «Старый лекарь», т.к. очень хотела набраться опыта и к окончанию иметь знания. После окончания фармацевтического училища в 2007 г. я продолжила обучение на заочном отделении медицинского факультета РУДН, параллельно начав работать в ГУП «Столичные аптеки». С 2009 г. работаю здесь – в аптеке «ЦИТО-Фарм». Мне сразу понравился коллектив, к тому же я всегда мечтала работать в большой аптеке.

Буквально через две недели после получения диплома в РУДН, мне предложили должность заведующей. Конечно, сначала было очень тяжело, и пришлось многому научиться, хотя изначально знала потребности аптеки, разбиралась в том, что пользуется спросом и необходимо заказать. Мне очень помогает наш генеральный директор Алан Рустемович Езеев – по профессии врач-травматолог, прекрасный специалист, который совмещает работу в ФГУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России с организационной деятельностью в фармрознице, вместе мы решаем любые вопросы.

Влияет ли близость ГКБ им. Боткина и НИИ онкологии им. Герцена на формирование ассортимента аптеки?

Безусловно, в первую очередь мы ориентируемся на потребности больных. В нашей аптеке очень много средств по уходу за больными – пеленки, подгузники, пенки, салфетки и множество других средств. Косметика у нас, например, не пользуется таким большим спросом – есть недорогие серии по уходу за кожей, которые могут понадобиться людям, лежащим в больнице, а также местным жителям. Но зато в ассортименте широко представлены лекарственные средства, продукты специального питания для онкобольных, пациентов после операций или людей, находящихся в тяжелом состоянии.

Насколько плодотворным Вам кажется сотрудничество с компаниями Hartmann и medi?

В нашей аптеке находится консультационный центр компании Paul Hartmann, производителя разнообразной продукции по уходу за лежачими и тяжелооболоченными людьми – повязки, пластыри, салфетки, подгузники, средства по уходу и для восстановления больных. Очень часто посетителям требуются рекомендации, т.к. компания предоставляет очень большой выбор, и работа консультанта здесь просто неоценима – он всегда может подробно рассказать о продукции и помочь сделать правильный выбор. Мне очень приятно, что мы действительно помогаем людям, например, у нас бывали случаи, когда врачи еще не знали о новых повязках для лечения пролежней и назначали лечение старыми методами. А салон medi арендует у нас помещение. Так как аптека находится рядом с больницей, компрессионное белье и ортопедические изделия также пользуются спросом. Бывает, что люди приходят в салон за компрессионным бельем, а потом заходят в аптеку и покупают необходимую мазь или лекарство, поэтому такое сотрудничество тоже является плодотворным.

А как у вас обстоят дела с кадрами?

Сказать честно, кадровый вопрос для нас сейчас актуален. Не секрет, что многие специалисты предпочитают работу медицинского представителя, а в аптеки идут менее охотно. Бывает, что специалисты уходят по личным причинам, все мы люди и понимаем, что у каждого возникают разные жизненные ситуации. Сейчас у нас, не считая меня, работают фармацевт и два консультанта в зале с медицинским образованием. Поэтому существует вакансия еще одного специалиста с фармацевтическим образованием. Приглашаем, если кого-то из читателей газеты заинтересует работа в нашем аптечном предприятии.

На Ваш взгляд, какими деловыми и личностными качествами должен обладать сотрудник аптеки?

Очень важно, чтобы специалист был умным и честным, а также уметь общаться с посетителями. Бывают, казалось бы, профессионалы высокого уровня, но совершенно не умеющие взаимодействовать с людьми. В аптеки приходит очень много пожилых людей, кто-то плохо слышит, кто-то не сразу понимает, что ему ответили, и нужно быть терпеливым и терпимым к разным проявлениям характера с их стороны. Многие люди, сталкиваясь с болезнью, испытывают стресс, нервничают, и настоящий фармацевт должен иметь колоссальное терпение, уметь к каждому найти подход и сгладить назревающий конфликт. Когда мы берем фармацевта или консультанта на испытательный срок, обязательно обращаем внимание на такие моменты.

А что, помимо специального ассортимента, делает узнаваемым Ваше аптечное предприятие?

Про особенности некоторых позиций ассортимента мной уже было сказано. По моему мнению, ассортимент сетевых аптек не рассчитан на людей, которые находятся в больнице, там широкий выбор сопутствующих товаров и косметических средств, но, как показывает практика, они необходимы больным людям не так часто, как препараты. Многие посетители стали нашими постоянными клиентами, бывают случаи, когда у нас заканчивается какой-то препарат, и они согласны подождать на следующий день, потому что привыкли к нам и не хотят обращаться в другую аптеку. Мне очень приятно, что, когда я выхожу в торговый зал, многие здороваются, узнают меня, т.к. помнят

то время, когда я стояла за первым столом. Интересно, что люди заходят к нам просто поговорить – у нас есть несколько постоянных клиентов, которые заходят поделиться новостями, спросить какой-либо совет, а нам нетрудно уделить им немного своего времени. Вот из таких, казалось бы, мелочей, и состоит работа фармацевта. Так что грамотное и вежливое обслуживание в нашей аптеке также играет свою роль. Кроме того, и цены у нас ниже, чем в некоторых близлежащих аптеках.

Почему Вы выбрали открытую форму торговли?

В открытой форме торговли есть свои плюсы и минусы. Некоторые посетители не любят сразу обращаться к фармацевту, мы даем им возможность самостоятельно познакомиться с ассортиментом, почитать инструкции, сравнить или же обратиться к консультанту. Некоторые люди думают, что фармацевт им что-то навязывает, хотят разобраться во всем сами, и мы предоставляем им такую возможность. Зачастую это очень облегчает нашу задачу, но в то же время не уберегает аптеку от краж, хотя это случается не так часто. У нас большое помещение, и открытая выкладка кажется мне наиболее оптимальной. Конечно, некоторые лекарственные средства у нас находятся в витринах – это дорогостоящие препараты, эфирные масла, и в этом случае люди все равно обращаются к фармацевту.

Чем Вы радуете своих посетителей? Возможно, какими-то акциями, скидками?

Мы не стали вводить свою дисконтную систему, т.к. большая часть наших клиентов – это пациенты больницы, и такой подход кажется мне более рациональным. У нас есть антибиотики, которые стоят больше 10 000 руб., и даже скидка в 5% уже является весьма ощутимой. Конечно, в аптеке бывают акции от производителей, и мы с удовольствием дарим нашим посетителям милые сувениры и подарки. Ну и, конечно, никого уже не удивляет скидка для владельцев «Социальной карты москвича», у нас она в размере 5% на весь ассортимент в течение дня, мы не ограничиваем наших посетителей по времени, как это происходит во многих аптеках столицы.

Участвует ли аптека в реализации благотворительных программ?

Один из наших главных поставщиков – компания «Катрен» – проводит акцию «Помощь детям». Посетители, принимающие в ней участие, делают очень доброе дело, помогая детским домам. А мы в свою очередь рады, что оказываем содействие в таком благом деле. Хочу отметить, что люди могут быть совершенно уверены в том, что их деньги уходят по назначению, – к нам приходит представитель фирмы и на средства, полученные от акции, сразу же по определенному списку покупает лекарственные средства для детских домов.

Теперь, согласно проведенному нами опросу посетителей аптек, уже и они обеспокоены именно фактом покупки фальсификата или некачественного лекарства. Какие способы борьбы с этим явлением являются наиболее эффективными на Ваш взгляд?

Думаю, аптеке нужно сотрудничать с проверенными поставщиками, пользоваться программами, которые позволяют выявлять фальсификаты. А как с этим бороться? Мне кажется, усилить контроль на вышестоящем уровне, уделить пристальное внимание производству и хранению, даже ввозу импортных лекарственных средств. Нужно контролировать ситуацию и в случае выявления фальсификата принимать серьезные меры. К счастью, мне не доводилось сталкиваться с фальсификатами, наша аптека работает не первый год, и мы сотрудничаем с проверенными поставщиками.

А насколько Вас волнует возможность передачи части аптечного ассортимента торговому ритейлу?

Я слышала, что многие БАД хотят убрать из ассортимента аптек, и, думаю, что аптека в этом случае многое потеряет, т.к. практически каждая покупка лекарства в аптеке сопровождается приобретением БАД. В некоторых крупных торговых сетях я уже видела в продаже витамины и БАД. Но это неправильно, на мой взгляд, по той причине, что, во-первых, их тоже нужно правильно хранить, чего не может гарантировать супермаркет, и, во-вторых, при применении тех же витаминов необходима консультация специалиста, их тоже нужно принимать грамотно. И нельзя забывать о том, что побочные эффекты могут проявиться не сразу и нанести серьезный вред организму.

Екатерина Викторовна, налаживать работу сложнее в сети или в рамках самостоятельного аптечного предприятия?

Если говорить о работе заведующей, мне кажется, что легче в сетевой аптеке, т.к. там есть централизованный склад, автозаказ, да и сама работа строится иначе. В сети работают мерчандайзеры, специалисты по персоналу, которые берут на себя часть организационных вопросов, проводят различные тренинги, зачастую у заведующей есть и заместитель.

У меня достаточно большой объем работы, и все приходится осваивать и делать самой. В первое время я работала очень много, да и сейчас нахожусь на рабочем месте не менее 9 часов, но тем ценнее опыт, приобретаемый мной. Но сейчас я уже включилась в процесс, слежу за выручкой, поднимаю товарооборот, делаю заказы и каждый день приобретаю огромный опыт. Я очень люблю свою работу, свою профессиональную деятельность связываю только с работой в аптеке. Я очень рада, что практически сразу после окончания университета судьба предоставила мне такой шанс, ведь некоторые специалисты работают годами, и в их жизни ничего не меняется.

Расскажите о планах по развитию аптеки на следующий год?

Я бы хотела, чтобы в нашей аптеке работало больше специалистов с фармацевтическим образованием, и мы обязательно будем стремиться к этому. Конечно, мне бы хотелось дальше расширять ассортимент, но место у нас специфическое и все нужно пробовать, чтобы пациенты приходили только к нам и были довольны и удовлетворены. Будем стараться радовать наших клиентов и дальше.

Елена ПИГАРЕВА



ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ

Здравоохранение. Курортная медицина.

14-16 мая 2014, Кисловодск, ВЦ «Кавказ»

Медицинская выставка:

- Медицинская техника, оборудование, диагностика;
- Лабораторная медицина (тест-системы, оборудование, диагностика)
- Первичная медицинская помощь, экстренная медицина, спецтранспорт; Анестезия и реанимация;
- Современные информационные технологии в медицине;
- Эндоскопические инструменты и оборудование;
- Хирургические инструменты, шовный материал;
- Восстановительная медицина, приборы и устройства для реабилитации, физиотерапевтическое оборудование;
- Комплексное оснащение оборудованием больниц, врачебных кабинетов, АПУ, санаториев;

ВЦ «КАВКАЗ»
(87937) 331-79/74
www.kavkaz-expo.ru

XXV международная медицинская выставка

МедСиб **20-22 мая 2014**
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СИБИРИ www.medsib.com

- Современные методы и технологии в медицине.
- Медицинская техника, диагностика, оборудование, инструменты.
- Фармацевтика.
- Медицинская / лабораторная мебель, санитария, медицинская одежда, расходные материалы.

ИТЕ Сибирская Ярмарка
Новосибирск, Станционная 104
Тел.: +7 (383) 363-00-63/36
Email: medsis@sibfair.ru

Место проведения:
«Новосибирск Экспоцентр»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ 16+

ПРОГРАММА

- Регуляторный процесс в фармбизнесе. Как обеспечить доступность лекарств?
- Контрольно-надзорные мероприятия в сфере фармбизнеса. Новые нормативно-правовые акты. Практика проверок в соответствии с последними изменениями в законодательстве
- Время «Ч» для российской фармацевтической промышленности — GMP-2014
- Сценарий дорожной карты аптечной деятельности
- Нормативное регулирование и ненормативная практика аптечной деятельности
- Что день грядущий нам готовит? Перспективный сценарий развития фармацевтического бизнеса-2020
- Необходимость саморегулирования профессиональной аптечной деятельностью
- Поиск новых стратегий успешного роста аптечного бизнеса
- Регулирование в сфере БАД — кто выиграет?
- Реформа фармобразования. Лучше или «как всегда»?
- Корпоративный университет аптечной сети: взгляд в будущее

в рамках 20-й Международной специализированной выставки

аптека 9-12 ДЕКАБРЯ 2013 ЦВК «Экспоцентр»

подробнее на сайте www.aptekaexpo.ru

Российская неделя здравоохранения

23-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 9-13 декабря 2013

Центральный выставочный комплекс «Экспоцентр», Москва, Россия

www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru

Организатор: ЭКСПОЦЕНТР МОСКВА

При поддержке:

- Министерства здравоохранения РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ
- Лиги здоровья нации

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

123100, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru, expocentr.ru

РЕКЛАМА

МОДУЛЬНАЯ РЕКЛАМА

Месторасположение — 1+24 страницы

СПОНСОР ПОЛОСЫ

Месторасположение и название фирмы — сверху под статус-строкой страницы

БАННЕР В ИНТЕРНЕТЕ

Рекламодателям — бесплатная подписка на весь срок размещения рекламы

ПОДПИСКА

В редакции: с любого месяца. Оплата платежным поручением или почтовым переводом. В них укажите ваш почтовый индекс, адрес, телефон, количество экземпляров.

В Интернете: www.mosapteki.ru

В почтовых отделениях России: по каталогу «Почта России» индекс 24489

Через альтернативную сеть:

Москва: ООО «Интер-Почта-2003», (495) 500-00-60
ООО «Агентство Офис-Москва»,
8 (495) 921-25-55, 160-58-48

Армавир: Краснодарский край, ООО «Регион»,
(861) 269-97-40, 376-67-40,
manadger@hotmail.ru

Киров: ООО «АП «Деловая пресса», (8332) 37-72-03,
67-24-19, dostavka@kodeks.kirov.ru

Тюмень: ООО «АП «Деловая пресса»,
(3452) 62-65-40, 69-67-50

Екатеринбург: Агентство «Урал-Пресс», (343) 262-78-98

Красноярск: «Агентство Ласка», Сибирский почтовый холдинг, (3912) 65-18-05, sph-zakaz@rambler.ru

Новосибирск: (3832) 92-79-41

Казань: ООО «Пресса для Вас»,
(843) 291-09-89/99, 291-09-43

Вся информация в издании предназначена **только для специалистов здравоохранения и сферы обращения лекарственных средств** и не может быть использована пациентами для принятия решения о применении описанных методов лечения и продуктов. Информация в издании не должна быть истолкована как призыв к неспециалистам самостоятельно приобретать или использовать описываемые продукты.

Авторские позиции, выраженные в тематических материалах, являются частными, не отражают официальную точку зрения уполномоченных государственных органов или других субъектов здравоохранения (если прямо не указано обратное), могут не совпадать с мнением редакции и публикуются с целью ознакомления специалистов с широким спектром мнений по указанным проблемам и о представляемых продуктах.

Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Использование материалов газеты в любом виде, включая электронные, разрешается только с письменного согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Все рекламируемые товары подлежат обязательной регистрации и декларированию соответствия.

Материалы со знаком **РЕК** печатаются на правах рекламы.

МОСКОВСКИЕ
Anmeku
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

Учредитель: Некоммерческое партнерство

«Редакция газеты «Московские аптеки»

Издатель: Некоммерческое партнерство

«Редакция газеты «Московские аптеки»

Адрес редакции: 109456, Москва,
ул. Яснополянская, д. 3, к. 1
(499) 170-93-20 // info@mosapteki.ru
www.mosapteki.ru

Главный редактор: Лактионова Е. С.

Зам. гл. редактора: Стогова Н. М.

Пом. гл. редактора: Арифиллина Т. В.

Компьютерный дизайн и верстка: Лезина Н. В.

Реклама и распространение: ООО «Алеста»

(499) 170-93-64 // adv@alestgroup.ru

Газета выходит 1 раз в месяц

Тираж: 15 000 экз.

Цена свободная

Газета зарегистрирована в Государственном Комитете

Российской Федерации по печати

Свидетельство о регистрации № 019126 от 21.07.1999

Газета отпечатана в ООО «Типография Михайлова – С»,
214020, г. Смоленск, ул. Шевченко, д. 86

Заказ №2013-06526

Номер подписан в печать 20.11.13

Время: по графику — 21.00
фактическое — 20.20